Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4—4½ Bogen. Preis in Deutschl. u. Oest.-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 48. 28. November 1899. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 46. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik zu Leipzig.

Zur Untersuchung der Roseolen auf Typhusbacillen.*)

Von *H. Curschmann.*

Unter den klinischen Erscheinungen des Unterleibstyphus galt die Roseola typhosa von jeher als eine der diagnostisch wichtigsten. Wenn man darunter jene hyperaemisch-papulösen, scharf umschriebenen kleinen Efflorescenzen versteht, die in der zweiten Hälfte der ersten oder zu Beginn der zweiten Woche an bestimmten Stellen des Körpers, namentlich am Rumpf, auftreten, nach 3, höchstens 10 Tagen spurlos verschwinden und fast nur während der fieberhaften Zeit oder bei Nachschüben und Recidiven sich zeigen, so kann man sie als eine fast specifische Erscheinung der Krankheit auffassen. Schliesst man — nach meiner Meinung mit Recht — andere bei Typhuskranken wohl zu beobachtende rothe Fleckchen, z. B. diejenigen, welche man erst kürzlich als Roseola follicularis einzuführen strebte, aus, so glaube ich, dass bei anderen acuten Infectionskrankheiten der Roscola typhosa äusserlich gleiche Efflorescenzen nur sehr selten beobachtet werden. Ich habe nur noch in vereinzelten Fällen von Miliartuberculose und Cerebrospinalmeningitis Hautveränderungen gesehen, die von der typhösen Eruption an und für sich kaum zu unterscheiden waren.

Die klinische Eigenartigkeit der Roseolen kommt am Krankenbett um so mehr in Betracht, als bekanntlich fast alle übrigen für die Diagnose wichtigen Erscheinungen — ich brauche nur an den Milztumor, Meteorismus, Diarrhoe, Bronchitis und die nervösen Störungen zu erinnern — an sich nichts Specifisches haben und nur in der charakteristischen Vereinigung und Gruppirung das bekannte Krankheitsbild formen helfen.

Diese diagnostische Wichtigkeit der Roseolen hat es zweifellos auch bedingt, dass man schon sehr bald nach der Entdeckung des Typhusbacillus durch Eberth und seiner dauernd maassgebenden Bearbeitung durch Koch und Gaffky danach zu forschen begann, ob die Roseola einer örtlichen Wirkung des organisirten Typhusgiftes, vielleicht direct einer Ansiedlung desselben entspräche.

Unter diesen Umständen machte die 1886 erschienene Arbeit von Neuhaus [1]) viel von sich reden, in der dieser Autor den Nachweis zu führen suchte, dass in den Typhusroseolen sich die eigenartigen Bacillen nachweisen und wohl als Erreger der Efflorescenzen auffassen liessen. Die Arbeit, die sich auf neun positive Befunde bei 15 Fällen stützt, wurde von vornherein mit sehr getheilten Gefühlen aufgenommen und als dann maassgebende Forscher, wie Gaffky, Fränkel und Simmonds, Chantemesse und Widal, Merkel und Goldschmidt, Janowski, Lugatello übereinstimmend nur von negativen Ergebnissen zu berichten wussten, galt auf lange Jahre die Frage in ihrem Sinne als erledigt. Auch die 1895 erschienene Arbeit von Thiemich [2]), der bei 7 Kranken 3 mal Bacillen in den Roseolen gefunden hatte, vermochte die skeptische Stimmung der Kliniker und Aerzte wenig zu ändern.

Ich muss dies auch von mir selbst bekennen. In meiner Monographie des Abdominaltyphus stellte ich mich auf die Seite der Zweifler, gestützt auf eine grössere Zahl vergeblicher Untersuchungen, die wir im Jahre 1886/87 während der grossen Hamburger Typhusepidemie angestellt hatten. Die Mehrzahl der Forscher hatte sich auch mit theoretischen Erwägungen und mit Erfahrungen bei anderartigen Krankheitszuständen gegen die Neuhaus'sche Lehre in Stimmung versetzt. Man führte besonders an, dass auch bei anderen acuten Infectionskrankheiten, z. B. Pocken, Masern und Scharlach, die specifischen Ausschläge frei von eigenartigen Mikroorganismen gefunden worden sein, und dass ihnen in hohem Grade ähnelnde oder auch anderartigecharakteristische Exantheme auf Wirkung chemischer Agentien (Arzneimittel, pflanzliche und thierische Toxine) mit Sicherheit zurückgeführt seien.

Bei diesem Stande der Dinge musste die Anfang dieses Jahres erschienene Arbeit von Neufeld [3]) dass grösste Interesse erregen, in der die Beobachtungen von Neuhaus und Thiemich nicht allein bestätigt, sondern auch eine, wie mir scheint, glückliche Darlegung der Gründe versucht wurde, warum die bis dahin gewonnenen Ergebnisse so ausserordentlich verschiedene, ja grösstentheils negative waren.

Neufeld hält es für wahrscheinlich, dass, wenn in der That die Roseolaflecke als Metastasen der typhösen Darmerkrankung anzusehen sein sollten, die meist spärlichen, in sehr beschränktem Maasse vermehrungsfähigen Typhusbacillen hier nur einen vorübergehenden Schlupfwinkel gefunden hätten, wo sie den bactericiden Kräften des kreisenden Blutes auf einige Zeit entzogen wären. Feste Nährböden und die Art der Uebertragung des Impfmaterials auf sie gäben der bacillenzerstörenden Kraft des alsbald nach dem Einschnitte ausströmenden Blutes zu grossen Einfluss, so dass unter diesen Umständen die in's Impfblut übertretenden Bacillen schon vor der Uebertragung auf den Nährboden oder doch auf ihm absterben müssten, bevor von ihrer Fortentwicklung die Rede sein könne.

Neufeld sucht daher schon, ehe aus der Einschnittstelle ein Bluttropfen quillt, etwas von der Gewebssubstanz der Roseola und dann auch das austretende Blut selbst auf flüssige Nährböden (Bouillon) zu übertragen [4]), in der gerechtfertigten Erwartung, dass hier das parasiticide Blutserum sofort bis zur Unwirksamkeit verdünnt werde.

Dass er den richtigen Weg eingeschlagen hatte, zeigten Neufeld's Ergebnisse: Von 14 Fällen von Unterleibstyphus, bei denen er je 3—5 Roseolen in Untersuchung nahm, zeigten 13 positive Ergebnisse.

Bei der ablehnenden Stellung, die ich mit den meisten anderen Forschern der Frage gegenüber eingenommen und in meinem Werke zum Ausdruck gebracht hatte, hielt ich mich zu

*) Aus einem in der Leipziger medicin. Gesellschaft gehaltenen Vortrag: Ueber neuere Bestrebungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Typhusdiagnose.

[1]) Berl. klin. Wochenschr. No. 6 und 24, 1886. (Aus der inneren Abth. von Bethanien in Berlin.)

[2]) Deutsch. med. Wochenschr. 34, 1895.

[3]) Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankheiten Bd. 30, S. 498 ff. (Aus dem Institut für Infectionskrankheiten zu Berlin.)

[4]) Vergl. im Original die interessanten näheren Ausführungen Neufeld's und die eingehende Beschreibung seiner Methode.

einer sofortigen Nachprüfung für verpflichtet. Wir nahmen schon im Mai in meiner Klinik die Untersuchung auf, und ich darf vorweg als ihr Ergebniss bezeichnen, dass ich Neufeld durchaus beistimmen und den Typhusbacillenbefund in den wirklichen Roseolen für einen ungemein häufigen, in bestimmten Stadien vielleicht regelmässigen halten muss.

Meine Erfahrungen stützen sich, von einigen verfehlten Anfangsversuchen abgesehen, bis jetzt auf 20 Fälle[5]), mit dem Ergebniss eines positiven Befundes in 14 derselben. Wenn die Zahl unserer Misserfolge auch verhältnissmässig grösser wie diejenige Neufeld's ist, so bleiben sie doch eine Stütze der Behauptung, dass auf ein positives Ergebniss mit ziemlicher Regelmässigkeit zu rechnen ist. Einige unserer Fehlerfolge lassen sich darauf zurückführen, dass wir Roseolen in späteren Stadien anschnitten, in denen die Fortentwicklungsfähigkeit der Bacillen schon wesentlich beschränkt, selbst aufgehoben zu sein scheint; andere Male hatten wir offenbar Gebilde angeschnitten, die den Roseolen ähnlich, aber nicht identisch waren. Dazu kommt noch, dass wir uns nicht entschliessen mochten, den wenn auch kleinen Eingriff an 3—5 Roseolen auszuführen, sondern vielfach nur eine, höchstens zwei der Efflorescenzen bei unseren Patienten in Arbeit nahmen. Wenn auch bisherige Erfahrungen von vornherein ein negatives Ergebniss erwarten liessen, so machten wir doch bei einer Anzahl der Fälle eine Controlimpfung von anderen, nicht von Roseolen eingenommenen Stellen der Haut, mit dem Ergebniss, dass unsere Nährböden entweder steril blieben oder, wenn das Impfmaterial aus der Umgebung der Hautdrüsen entnommen war, Staphylococcen, bezw. sarcineartige Bildungen zeigten.

Ueberblicke ich von dem so gewonnenen neuen Standpunkte aus meine eigenen früheren Misserfolge und diejenigen der anderen Forscher, so ergibt sich von selbst, dass sie einer unzureichenden Methode zuzuschreiben sind, ganz so wie die immerhin schwankenden Erfolge von Neuhaus und Thiemich, die offenbar unter nicht viel günstigeren Umständen arbeiteten.

Was die Frage nach der Bedeutung der neuen Befunde betrifft, so sind sie sowohl theoretisch wie praktisch von der grössten Wichtigkeit. Theoretisch, weil sie darthun, dass wir in der Roseola typhosa ein specifisches, von der Anwesenheit des Eberthbacillus abhängiges Gebilde zu erblicken haben, welches durch die bacteriologische Untersuchung von anderen, wahrscheinlich fälschlich als Roseolen angesprochenen Hautaffectionen der typhösen Kranken sie wird unterscheiden lassen. Praktisch insofern, als die Roseolenuntersuchung in Zukunft zu den werthvollsten Hilfsmitteln der Typhusdiagnose zu rechnen sein wird. Zu betonen ist dabei, dass das Verfahren, die Heranziehung der bacteriologischen Methode einmal angenommen, selbst bei geringerer Uebung leicht und sicher ausführbar ist, viel leichter wie die Untersuchung der Faeces und auch wohl diejenige des Harns, die zudem ja in anderer Beziehung ein sehr beschränktes Untersuchungsfeld bietet. Die Methode ist, dies soll ausdrücklich hervorgehoben werden, entschieden auch nicht schwerer wie die Anstellung der Gruber-Widal'schen Reaction.

Es wird natürlich keinem Verständigen einfallen, in Zukunft in jedem, oder auch nur der Mehrzahl der Fälle von Abdominaltyphus die beschriebene Roseolauntersuchung zu machen. Sorgsame Beobachtung und Untersuchung am Krankenbett werden trotz dieser und aller anderen neuerdings eingeführten histologischen und bacteriologischen Untersuchungsweisen die Hauptsache und in der Mehrzahl der Fälle an sich entscheidend bleiben. Nur bei zweifelhaften Fieberzuständen, wo andere Methoden nicht ausreichen, oder auf gewisse, sonst charakteristische Erscheinungen wegen des Stadiums der Krankheit noch nicht oder nicht mehr zu rechnen ist, wird die Roseolauntersuchung sehr wohl einmal Ausschlag geben können. Ich will in letzterer Beziehung aus vielem Anderem nur das herausgreifen, dass die Methode wegen des relativ frühen Aufschiessens der Roseolen nicht selten schon zu einer Zeit herangezogen werden kann, wo auf positive Ergebnisse der Gruber-Widal'schen Reaction noch nicht zu rechnen ist.

Dass auch für die Fälle von Typhus levissimus, abortivus, ambulatorius und afebrilis, deren Erkenntniss uns am Krankenbett so häufig Schwierigkeiten macht, die Untersuchung einiger glücklich aufgefundener Roseolen ausschlaggebend werden kann, bedarf keiner besonderen Betonung.

Alles in Allem: Die bacteriologische Untersuchung der Roseola typhosa ist ein neues gutes Stück in unserer diagnostischen Rüstkammer.

[5]) Die meisten Untersuchungen sind durch die Assistenzärzte Herren DDr. Müller und Heinike im Laboratorium meiner Klinik ausgeführt. Zur Bestimmung der aus den Roseolen stammenden Culturen bedienten wir uns, abgesehen von den bekannten Proben (Milch- und Traubenzuckerprobe, Petruschky'scher Versuch), stets auch der Agglutination, wobei hervorgehoben werden soll, dass uns die Roseolen für ihre Ausführung auch bei diagnostischer Untersuchung anderer Fälle oft besonders brauchbare Culturen lieferten.

Aus der Königlichen chirurgischen Universitätsklinik zu Greifswald.

Ueber verschiedene Methoden, künstliche Hyperaemie zu Heilzwecken hervorzurufen.

Von Prof. Dr. *August Bier.*

Auf der diesjährigen Naturforscherversammlung hielt Buchner einen sehr bemerkenswerthen Vortrag über «Natürliche Schutzeinrichtungen des Organismus und deren Beeinflussung zum Zweck der Abwehr von Infectionsprocessen», welcher in No. 39 und 40, 1899 dieser Wochenschrift veröffentlicht ist. Das praktisch Wichtige darin ist, dass Buchner die günstige Wirkung des Alkoholverbandes bei gewissen Infectionsprocessen auf die Hyperaemie zurückführt, welche durch denselben hervorgebracht wird. Nach den Ausführungen Buchner's scheint es, dass diese Hyperaemie in ihrer Wirksamkeit speciell bei Tuberculose die Arten der Hyperaemie, welche ich seit längerer Zeit bei den verschiedensten Krankheiten anwende, noch bei Weitem übertrifft. Allerdings müssen bei der geringen Anzahl von Fällen noch weitere Erfahrungen abgewartet werden.

Immerhin scheinen mir durch diese Art, Hyperaemie hervorzurufen, die alten, von mir bisher angewandten Mittel keineswegs überflüssig zu werden, denn «Hyperaemie» ist ein sehr weiter Begriff. Zwischen der hocharteriellen[1]) und der schwer venösen Hyperaemie sind physikalisch wie chemisch betrachtet gewaltige Unterschiede. Diese verschiedenen Arten der Hyperaemie wirken bei den einen Krankheiten ganz verschieden, bei den andern wieder vollständig gleichartig. Ebenso bestehen grosse Unterschiede zwischen der passiven (Stauungs-) und der activen Hyperaemie. Ich unterlasse auch hier nicht, wieder darauf hinzuweisen, dass venöse und Stauungshyperaemie sich keineswegs decken. Diese Annahme ist ein Fehler, der noch neuerdings wieder von bacteriologischer Seite gemacht ist, obwohl ich ihn schon verschiedentlich gerügt habe. Denn es gibt eine hocharterielle Stauungshyperaemie, welche bei Herzfehlern, wenigstens so lange sie auch nur annähernd compensirt sind, in der Lunge auftritt.

Ausser den oben erwähnten chemischen und physicalischen Unterschieden, welche venöse und arterielle Hyperaemien zeigen, will ich noch auf einen interessanten physiologischen zwischen activer und passiver Hyperaemie hinweisen: Die passive Hyperaemie, mag sie nun arteriell oder venös sein, macht Bindegewebsvermehrung, die active dagegen nicht. Vielleicht bestehen solche physiologischen Unterschiede zwischen diesen beiden Formen noch mehr. Wer sich dafür interessirt, findet das Nähere in meiner Abhandlung: Die Entstehung des Collateralkreislaufs, Virchow's Archiv, 147. Bd., S. 464 ff.

Desshalb scheint es mir nützlich, die Methoden, welche ich zur Erzeugung der verschiedenen Arten der Hyperaemie anwende, mit den inzwischen gemachten Verbesserungen und gereifteren Erfahrungen ausführlich mitzutheilen.

1. Die Erzeugung arterieller Hyperaemie.

Arterielle Hyperaemie erzeugt man sehr zweckmässig durch Wärme, am hochgradigsten durch sehr heisse Luft. Dieselbe ist in

[1]) Arteriell und venös soll hier die Blutart bezeichnen, nicht das Gefäss, in welchem sich das Blut befindet. So gibt es z. B. «venöses» Blut in der Lungenarterie.

den letzten Jahren sehr beliebt geworden und von den verschiedensten Seiten empfohlen, seitdem der Tallermann'sche Apparat populär geworden ist. Man schrieb ihre günstigen Wirkungen allen möglichen Umständen zu, dem Schwitzen, der Hautableitung, dem Abgetödtetwerden von Bacterien durch Hitze, nur nicht der durch dieselbe erzeugten sehr lebhaften Hyperaemie, obwohl ich schon mehrere Jahre vorher die heisse Luft zu diesem Zwecke verwandt, und ihre Wirkung so erklärt hatte. Ich habe allerdings mit Genugthuung gesehen, dass die meisten Schriftsteller über die Behandlung chronischer Gelenkkrankheiten mit heisser Luft meine Auffassung zum grossen Theil angenommen haben, seitdem ich im vorigen und vorvorigen Jahre in dieser Wochenschrift nachdrücklichst dafür eingetreten war[2]) und den Beweis dafür zu führen versucht hatte.

Trotzdem aber begehen sie noch einen Fehler: Sie behaupten durchweg, dass die vermehrte Saftströmung die Besserung erzeuge. Diese Ansicht hatte ich auch, als ich im Jahre 1891 meine Versuche mit heisser Luft begann. Ich wollte eine vermehrte Durchströmung der Gewebe mit Blut erzeugen. Für den chronischen Gelenkrheumatismus ist dieser Umstand aber ganz und gar nicht maassgebend. Denn ich machte die Erfahrung, dass bei zahlreichen Fällen die Stauungshyperaemie ganz dieselben, ja noch bessere Erfolge aufwies. Die Wirkungen beider Formen der Hyperaemie erwiesen sich in allen Stücken als so durchaus gleichartig, dass nur ein und derselbe Vorgang die Besserung hervorgerufen haben konnte.

Ich glaube, dass Buchner für diese Wirkung den richtigen Begriff aufgefunden und aufgestellt hat, indem er auf die auflösende Wirkung des Blutes grosses Gewicht legt. Nur so erklärt es sich, dass Verschnellerung und Verlangsamung des Blutstromes dieselbe Wirkung entfalten können, wenn man nur auf beide Weise eine Blutüberfüllung an dem kranken Orte hervorbringt.

Nichtsdestoweniger behaupte ich keineswegs, dass nicht bei anderen Krankheitszuständen gerade eine vermehrte Durchströmung der kranken Körpertheile einen sehr heilsamen Einfluss haben kann.

Ich erzielte meine arteriellen Hyperaemien durch eine Art locales Quincke'sches Schwitzbett. Die kranken Gelenke wurden in Holzkästen[3]) gesteckt, in welche der Schornstein der Quincke-schen Heizvorrichtung die heisse Luft führte. Zeitweilig habe ich auch, da ein solcher Holzkasten einmal Feuer gefangen hatte, nur eine Reifenbahre benutzt, in welche der kranke Gliedabschnitt hineingesteckt und mit dicken Wolldecken umhüllt wurde. Der Luftraum wurde ebenfalls durch die Quincke'sche Vorrichtung angeheizt.

Nachdem der Tallermann'sche Apparat aufgekommen war, wurden meine Holzkästen von Krause[4]) modificirt. Er nahm statt Holz Asbest und steckte die Glieder nicht durch Löcher des Apparates hindurch, sondern brachte eine Abdichtung aus Stoff mit Schnürvorrichtung an den offenen Seiten der Astbestkästen an, wie sie der Tallermann'sche Apparat hat. Krause benutzt dazu Mosetig-Battist. Im Uebrigen unterscheiden sie sich nicht von meinen erwähnten Apparaten.

Ich habe diese Krause'schen Apparate eine Zeit lang gebraucht, bin aber bald wieder zu meinen alten Holzkästen, welche ich auf gleich zu beschreibende Weise gegen Feuersgefahr und Zerspringen durch die Hitze (auch ein Uebelstand, welchen sie hatten) geschützt habe, zurückgekehrt.

Diese Apparate haben den Vortheil, dass sie bequemer und solider sind. Sie sind, richtig angefertigt, unverwüstlich.

Ausserdem sind sie sehr billig und kann sie Jeder, wenn er sich von einem Schlosser die Heizvorrichtung herstellen lässt, leicht selbst anfertigen oder anfertigen lassen.

Dies ist von Wichtigkeit, weil die Apparate meist bei sehr chronischen Leiden angewandt werden, und deshalb den Kranken zum grossen Theil mit nach Hause gegeben werden müssen.

[2]) Heilwirkung der Hyperaemie, 1897, No. 32 und Behandlung des chronischen Gelenkrheumatismus etc., 1898, No. 31.

[3]) Behandlung chirurgischer Tuberculose mit Stauungshyperaemie. v. Esmarch's Festschrift. Kiel und Leipzig 1893. S. 61.

[4]) Die örtliche Anwendung überhitzter Luft. Diese Wochenschrift 1898. No. 20.

Aus demselben Grunde haben natürlich auch der Tallermann-sche Apparat, ebenso wie die modernen elektrischen Apparate, die denselben Zwecken dienen, nur beschränkten Werth, da sich nur reiche Anstalten oder wohlhabende Leute diesen Luxus gestatten können, ganz abgesehen davon, dass ihre Heilwirkung die jener einfachen Vorrichtungen schwerlich übertrifft.

Ich beschreibe den Apparat zunächst für das Kniegelenk (Fig. I):



Fig. I.

In einen Holzkasten werden zwei Löcher geschnitten, gross genug, um das kranke Glied an der einen Seite hinein, an der anderen wieder heraustreten zu lassen. Oben trägt der Kasten ein Thermometer. Das Glied wird bei seinem Austritt aus dem Kasten bequem auf Kissen gelagert. Der Kasten wird aussen mit grobem Packleinen bekleidet, das mit Wasserglas bestrichen wird. Dadurch klebt das Leinen auf dem Kasten an und trocknet fest. Innen wird der Kasten nur mit Wasserglas bestrichen.

Der so behandelte Kasten ist ausserordentlich haltbar und nicht feuergefährlich. Unterlässt man den Ueberzug mit dem mit Wasserglas getränkten Leinen, so springt das Holz bald in Folge der Hitze.

Seitlich wird in den Kasten mit der Stichsäge ein Loch gesägt, um eine kurze Eisenröhre von etwa 15 cm Länge und 4 $^1/_2$ cm Durchmesser eintreten zu lassen.

Die Röhre muss genau in das Loch des Kastens passen, sie wird noch dadurch befestigt, dass man einen Strang in Wasserglas getränkter Watte oder mehrere Gänge einer in Wasserglas getauchten Mullbinde aussen rund um die Eintrittsstelle herumlegt und antrocknen lässt[5]). Es empfiehlt sich, grundsätzlich alle Röhren an allen Apparaten gleichweit anzufertigen, damit auf jede derselbe Schornstein passt. Durch diese Röhre tritt die heisse Luft in das Innere des Kastens ein. Damit sie nicht unvermittelt das Glied trifft und versengt, ist an der Innenseite des Kastens in einem Abstand von 3—5 cm vor dem Eintritt der Röhre ein Brett angebracht, welches nach allen Seiten hin das Loch überragt. Durch 2 Stäbe oder Klötze ist das Brett innen an der Seitenwand des Kastens befestigt.

Die Löcher des Kastens, welche das Glied ein- und austreten lassen, sind durch Aufnageln von dickem Filz ringsherum gepolstert. Da das untere Loch, welches den Fuss durchtreten lässt, naturgemäss für den Unterschenkel zu weit ist, wird ringsherum noch ein Spreukissen oder gewöhnliche Watte umgelegt.

Will man den Kasten oben zum Oeffnen herstellen, so versieht man ihn mit einem Deckel, der sich sehr einfach auf folgende Weise herstellen lässt: Auf den oben offenen Kasten legt man ein genau passendes Brett und überzieht es samt dem übrigen Kasten mit Packleinen, welches mit Wasserglas getränkt

[5]) Uebrigens ist diese Röhre entbehrlich. Man kann auch, wie Figur II zeigt, die Röhre des Schornsteines einfach lose in das Loch des Kastens hineinführen.

wird. Nach dem Trocknen schneidet man das Leinen auf den beiden kurzen und der einen langen Seite des Deckels auf. Auf der anderen langen Seite bildet alsdann das Leinen das Charnier für den Deckel. Für viele Fälle ist diese Einrichtung sehr zweckmässig, weil man sich so von der Lage des Gliedes im Inneren des Kastens überzeugen kann.

Die Form des Schornsteines geht aus den abgebildeten Photographien hervor. Das Gestell für die Lampe ist mit dem Schornstein verbunden.

Die Lampe kann durch eine Schraube höher und niedriger gestellt werden.

Die Spirituslampe muss recht gross sein, damit sie lange brennt, und der Docht recht breit, damit die nöthige Hitze erzielt wird.

Der ganze Schornstein lässt sich an einem Gestell, wie es die Chemiker für Buretten etc. benützen, leicht auf und abstellen. Natürlich muss der Fuss des Gestelles schwer sein, damit der ganze Apparat nicht kippt.

Diese Heizvorrichtung kann jeder geschickte Schlosser anfertigen. Doch empfiehlt es sich, als Modell eine solche von Instrumentenmacher Stöpler in Greifswald oder Beckmann in Kiel, welche dieselben gut anfertigen, zu beschaffen. Die Kästen dagegen kann Jeder leicht selbst herstellen. Ich lasse sie von den Wärtern der Klinik machen. Uebrigens liefert sie auch Instrumentenmacher Stöpler in Greifswald.

Der Apparat für den Ellbogen entspricht dem für das Knie beschriebenen.

Für Hand und Fuss sind die Apparate noch leichter herzustellen.

Man schneidet dabei nur ein Loch in den Kasten, welches das Glied eintreten lässt. Das Glied wird durch einen Bindezügel, dessen Enden durch Löcher am Kastendeckel laufen, und oben geknüpft werden, gehalten.

Für manche Fälle, wo man die Hand der Hitze aussetzen will, empfiehlt es sich, ein rundes Querholz durch den Kasten anbringen zu lassen, welches der Kranke fasst. Da Holz ein schlechter Wärmeleiter ist, wird dies gut vertragen.

Bei sehr hohen Hitzegraden polstert man das Querholz mit Watte, oder, wenn die Finger nicht miterkrankt sind, schützt man sie durch Einwickelung mit Watte. Ebenso verfährt man mit den Zehen. Finger und Zehen sind sehr empfindlich gegen hohe Wärmegrade.

Die meisten Schwierigkeiten bereitet die Herstellung der Apparate für Hüfte und Schulter.

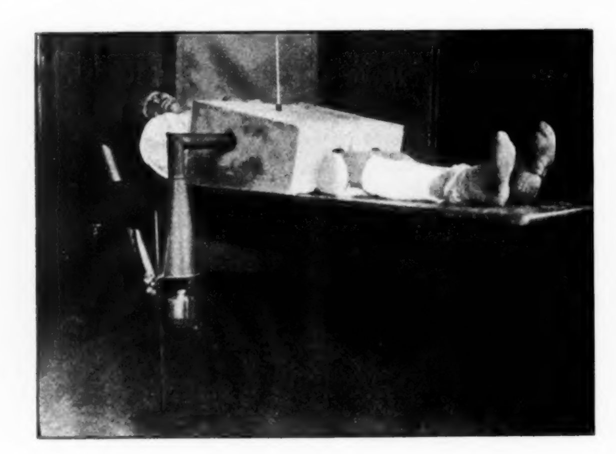


Fig. II.

Fig. II zeigt einen Kasten für die Hüften. (In der Photographie wegen der schrägen Stellung und der grösseren Nähe viel zu gross aussehend). Derselbe erhält oben einen ziemlich genau passenden Ausschnitt für den Rumpf, unten 2 Ausschnitte für den Austritt der Beine. Er ist etwas schräge gebaut, um den Luftraum nicht zu gross werden zu lassen. Der Kasten wird ebensowohl für eine, wie für beide Hüften benützt. Die Herstellung eines halben Kastens für eine Hüfte stösst auf Schwierigkeiten.

Selbst für beide Hüften genügt in der Regel eine Lampe. Im Nothfalle liesse sich auf der anderen Seite auch eine zweite anbringen.

Der Hüftkasten ist der einzige, welcher unten offen ist. Er wird von oben über den Körper gestülpt.

Den Apparat für die Schulter zeigt Fig. III. Der Kasten ist auf einer Seite offen. An die offene Seite wird, wie bei Krause's Apparaten, ein Stück Mosetig-Battist von genügender Länge angepasst, oben vernäht und rund herum an den Kasten festgenagelt. Damit der Stoff an den Nägeln nicht ausreisst, legt man einen schmalen Streifen Filz auf. Damit die Stoffmanschette sich genau an den Körper jenseits des Schultergelenkes anlegt, lässt man sich einen runden Bleiring (oder besser einen Ring aus einer Legirung aus Zinn und Blei bestehend) anfertigen. Man überzeugt sich vorher, dass er sich bis weit über das Schultergelenk hinüberstreifen lässt.



Fig. III.

An den Ring wird das freie Ende der Stoffmanschette tabaksbeutelförmig vernäht. Der Ring wird mit Filz innen gepolstert, damit er nicht als guter Wärmeleiter den Körper verbrennt. In den Boden des Kastens wird ein Loch eingesägt, welches den Arm gerade durchtreten lässt. Die Ränder des Loches sind mit dickem Filz, welcher aufgenagelt wird, gepolstert. Der Arm wird durchgesteckt, der biegsame Metallring wird dem Körper überall genau angedrückt und durch zwei Bindezügel, welche in der gesunden Achselhöhle geknüpft werden, in dieser Lage gehalten. Bei der Anwendung sitzt der Kranke am besten, wie es die Figur zeigt. Der abgebildete Kasten ist mittels eines aufgenagelten Holzstabes in der Röhre einer v. Esmarch'schen Hackenstütze befestigt, und kann darin in verschiedener Höhe auf- und abgestellt werden. Wer diese Hackenstütze nicht zur Verfügung hat, versieht den Kasten mit 3 Holzfüssen. Natürlich lässt sich der Apparat auch im Liegen anwenden.

Alles Uebrige geht wohl aus der Figur hervor.

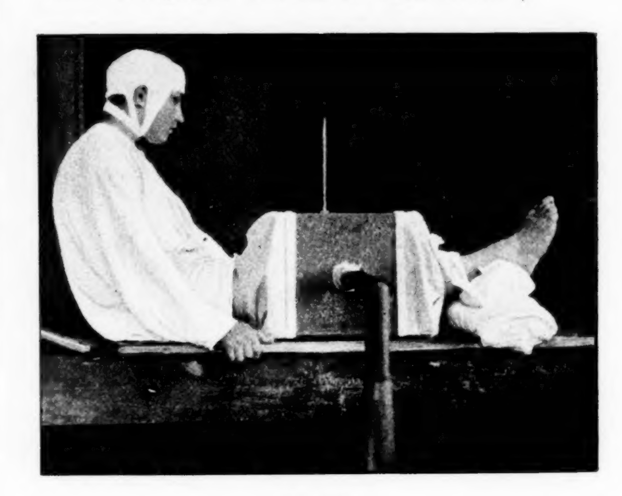


Fig. IV.

Auch für das Kniegelenk habe ich in letzter Zeit mehrfach den Abschluss mit Mosetig-Battist angewendet. Fig. IV zeigt

einen solchen Kasten. Die Stoffmanschetten sind auf beiden Seiten des Kastens angebracht. Sie werden mittels einer Schnur tabaksbeutelartig auf Ober- und Unterschenkel festgebunden.

(Schluss folgt.)

Zur Behandlung der Nachgeburtszeit.*)

Von *M. Hofmeier* in Würzburg.

M. H.! Die Veranlassung zur Erörterung einiger Punkte zur Frage der Behandlung der Nachgeburtszeit gibt mir ein concreter, zur forensischen Verhandlung und Begutachtung gekommener Fall, wie er jeden Tag jedem Arzte wieder begegnen kann. Dabei boten sich bei der exacten Beantwortung einzelner Punkte gewisse Schwierigkeiten, die mich veranlassten, mich auch in den neuesten deutschen Lehrbüchern der Geburtshilfe umzusehen. Denn Jeder, der einmal Gelegenheit gehabt hat, vor Gericht einer solchen Verhandlung über eventuelle ärztliche Kunstfehler beizuwohnen, wird wissen, dass sowohl Ankläger wie Vertheidiger in zweifelhaften Dingen sich auf die Lehrbücher oder auf andere, von sogen. autoritativer Seite ausgegangene Veröffentlichungen berufen, und dass der Richter, falls diese Ansichten sich widersprechen, meist gezwungen ist, ein «non liquet» auszusprechen.

Wenn nun dies auch gewiss nicht immer als ein Unglück zu betrachten ist, insofern als es meist ungemein schwer ist, in unglücklich ausgelaufenen geburtshilflichen Fällen dem betreffenden Arzt in bestimmter Weise eine Schuld oder einen Kunstfehler nachzuweisen und als man überhaupt sehr vorsichtig bei der Beurtheilung von geburtshilflichen Situationen sein soll, welche man nicht selbst gesehen hat, so ist es doch für den zur gerichtlichen Verantwortung gezogenen Arzt schon schlimm genug, wenn er überhaupt in eine solche zweifelhafte Situation gebracht werden kann und wenn er auch nur der Möglichkeit gegenübersteht, dass er auf Grund dissentirender Aussprüche verurtheilt werden könnte. Und desshalb scheint es mir in höchstem Maasse wünschenswerth, wenn die Lehrvorschriften für Eingriffe, die auszuführen der Arzt alle Tage genöthigt sein kann, möglichst übereinstimmend und exact vorgetragen werden. Dies gibt nicht nur dem Arzt selbst eine höchst erwünschte Sicherheit für sein Handeln, sondern es trägt auch in hohem Maasse dazu bei, vor Gericht den Richtern nöthigenfalls eine bestimmte Handhabe zur Bildung ihres Urtheils zu geben und die sehr unerwünschten Glossen zu vermeiden, die heutzutage nur gar zu leicht gegen die ärztliche Wissenschaft erhoben werden, wenn über alltäglich vorkommende Dinge nicht einmal einheitliche Anschauungen bestehen.

Der Fall, um welchen es sich handelte, ist kurz folgender:

Eine 32 jährige, 7 Jahre vorher steril verheirathete Frau hat zum erstenmal geboren; der Verlauf der Geburt war etwas zögernd, aber sonst normal. Der betreffende Arzt war bei den letzten Stadien der Geburt anwesend. Nach der Geburt des Kindes wurde durch energischen Druck versucht, die Placenta herauszubefördern. Da dieselbe aber nicht folgte, auch keine Blutung eintrat, wurde gewartet; der Arzt verliess inzwischen die Entbundene. Nach 4 Stunden kehrte er zurück, und obgleich während der ganzen Zeit und auch jetzt keine Blutung erfolgt war, ging er sofort ohne jede weiteren Expressionsversuche daran, die Placenta manuell zu entfernen. Nach angeblicher Desinfection der Hand, aber ohne jede, weder äussere noch innere Reinigung oder Desinfection der frisch Entbundenen, wurde — die angeblich fest verwachsene — Placenta in mehreren Stücken herausgeholt. Eine nachträgliche Reinigung oder Desinfection der frisch Entbundenen wurde gleichfalls nicht vorgenommen. Es folgte eine puerperale Erkrankung, welcher die Patientin erlag. Section ergab: Jauchige Endometritis mit Zurückbleiben von kleineren Placentarstücken.

Nach einiger Zeit erfolgte von Seiten des Ehemannes die Anklage gegen den Arzt wegen fahrlässiger Tödtung und die Einforderung von ärztlichen Gutachten von Seiten der Staatsanwaltschaft.

Auf die mannigfachen Verstösse, welche dem Arzt in der Anklage und den ersten ärztlichen Gutachten zur Last gelegt wurden, will ich hier nicht weiter eingehen, sondern nur einige Punkte herausgreifen, deren allgemeinere Festlegung mir sehr wünschenswerth erscheint.

*) Nach einem, für die Naturforscherversammlung in München bestimmten Vortrag.

1. Wann ist der Arzt berechtigt, die Placenta manuell zu lösen, und wann ist er dazu eventuell verpflichtet, ohne sich eines Kunstfehlers schuldig zu machen?

Gewöhnlich erledigt sich ja diese Frage sehr einfach dahin, dass der Arzt berechtigt und verpflichtet ist, die manuelle Lösung vorzunehmen, wenn durch andauernde Blutung die Entbundene in augenscheinliche Lebensgefahr geräth und die Entfernung der Placenta auf keine andere Weise gelingt.

Wenn es nun aber nicht blutet, wie in diesem Fall? Wann ist der Arzt dann berechtigt. die Lösung vorzunehmen ohne sich im Falle eines üblen Ausgangs berechtigten Vorwürfen oder gar der Gefahr einer Anklage wegen übereilten Handelns auszusetzen? Diese Situation ist ja gewiss nicht oft gegeben, da theilweise Lösung und damit Blutungen nach einigen Stunden Warten's ja fast immer eintreten und dann die Indication zum Eingriff gegeben ist. Die Ursachen für eine derartige längere Retention ohne Blutung sollen hier nicht weiter erörtert werden: dass sie, wenn auch seltener vorkommen, kann ja nicht zweifelhaft sein.

Die gebräuchlichen deutschen Lehrbücher sprechen sich auch in ihren neuesten Auflagen über diesen Punkt z. Th. gar nicht aus, wie z B. Ahlfeld, oder nur sehr allgemein, wie z. B. Olshausen und Veit in der XII. Auflage des Schroeder'schen Lehrbuches. Hier heisst es (p. 782): (die manuelle Lösung der Nachgeburt ist angezeigt) «wenn nch Verlauf von Stunden zwar Contractionen auftreten, auf keine Weise aber die Ablösung der Placenta bewirkt wird. Hier kann man im Allgemeinen recht lange warten.»

Runge (IV. A.) spricht sih an einer Stelle (p. 487) dahin aus, dass es nicht rathsam sei, vel länger als 2 Stunden mit der künstlichen Entfernung der Placenta zu säumen, da später leicht Zersetzungsvorgänge an der Placenta Platz greifen könnten. An einer anderen Stelle (p. 283) wird die manuelle Lösung für erlaubt erklärt, wenn 3 Stunden nach der Geburt des Kindes verflossen sind.

Winckel spricht sich dahin aus, dass innerhalb 3—24 Stunden die Placenta gelöst werden müsse, wenn sie nicht anders komme.

Schauta (Lehrbuch der gesammten Gynäkologie, p. 765) drückt sich so aus: Man wird sich mit der manuellen Placentarlösung nicht allzusehr beeilen dürfen, da mitunter auch nach längerer Zeit noch die spontane Ausstossung erfolgt. Im Allgemeinen wird man also nicht vor Ablauf von 3 Stunden die Placenta zu lösen haben.

Spiegelberg (III. Aufl. 1881, p. 596) sagt: «Drängt nicht starke Blutung, so warte man ungefähr 1—1½ Stunden nach der Geburt des Kindes. Gelingt während dieser Zeit die manuelle Expression nicht, so schreite man zur manuellen Entfernung. Die Placenta nach normalen Geburten noch länger im Uterus zu lassen, ist ganz zu widerrathen (wegen der Gefahr der septischen Infection).

Am Eingehendsten befasst sich Zweifel (Lehrbuch der Geburtshilfe, IV. Aufl. 1895) mit dem in Rede stehenden Zustand. Die manuelle Lösung soll erst unternommen werden nach Ablauf einiger Stunden, nachdem man sich von der Unmöglichkeit der Expression überzeugt hat. Er legt auch besonderen Werth auf die «Reinigung» des Genitalcanals mit einer grossen Menge abgekochten Wassers nach ausgeführter Operation. Mit dem folgenden Zusatze, «die vorhergehende Desinfection der Hände und des Genitalcanals setzen wir voraus», setzt er sich allerdings in Widerspruch mit den von Kroenig auf Grund seiner bacteriologischen Untersuchungen ausgesprochenen und auf der Leipziger Klinik praktisch erprobten und durchgeführten Anschauungen, nach denen bei keiner geburtshilflichen Operation, weder vorher noch nachher, irgend eine Desinfection des Geburtscanales vorgenommen wird (s. u. Bayer: Diss., Leipzig 1894).

Man sieht also aus diesen kurzen Auszügen, dass die verschiedenen Autoren wohl darin einer Meinung sind, dass ein übereiltes Eingreifen für unnöthig erklärt wird; aber wann nun eingegriffen werden soll, darüber gehen die Meinungen weit auseinander.

An sich wäre es ja auch gewiss sehr schwer, aus den in Folge des zu langen Wartens eintretenden üblen Folgen etwa eine bestimmte zeitliche Grenze für das Zuwarten zu setzen. Denn die von mehreren Autoren ausgesprochene Befürchtung, dass bei einem Zuwarten über 2—3 Stunden hinaus Zersetzungserscheinungen an der Placenta auftreten könnten, sind jedenfalls ganz unbegründet. Aus diesem Grunde könnte man, bei einer sonst nicht inficirten Frau, tagelang warten.

Auch die andere, mehrfach hervorgehobene Befürchtung, dass sich der Uterus zu sehr schliessen würde und dadurch die manuelle Lösung zu sehr erschwert werden würde, wird jedenfalls so bald nicht realisirt. Wir haben bis zu 10 und 12 Stunden, ja wiederholt in der Klinik bis zu 24 Stunden aus bestimmten Gründen

mit der manuellen Ausräumung gewartet, ohne dass an sich dadurch eine Erschwerung der Operation stattgefunden hätte.

Wenn wir nun doch einen bestimmten Zeitpunkt festsetzen wollen, über welchen hinaus nicht länger gewartet werden soll, so ist nicht zu verkennen, dass dieser Bestimmung eine gewisse Willkürlichkeit anhaftet, die höchstens durch die von Zweifel hervorgehobene Erfahrung etwas gemildert wird, dass, wenn die spontane Ablösung und Ausstossung in 3—4 Stunden nach der Geburt nicht erfolgt ist, sie auch überhaupt nicht mehr erfolgen wird. Nach meinen eigenen Erfahrungen muss ich Zweifel hierin vollkommen zustimmen; und dieser Gesichtspunkt allein würde uns berechtigen, an der Zeitbestimmung von 3 oder 4 Stunden p. part. festzuhalten. Dabei setze ich freilich als selbstverständlich voraus — was in unserem Fall nicht geschehen war —, dass energische Versuche zur Entfernung der Placenta durch Expression mit oder ohne Narkose der manuellen Lösung voraufgegangen sind. Von einer Versäumniss des Arztes, wenn er aus irgend welchen Gründen über diesen Zeitpunkt hinaus gewartet hätte, kann aber natürlich auch nicht die Rede sein, da durch längeres Zuwarten an sich die Verhältnisse nicht verschlechtert werden.

Ein anderer Punkt, den ich hierbei auch gleich erörtern möchte, ist der: wie lange darf man als Arzt nun warten, bevor man wegen Blutungen zur manuellen Lösung der Placenta schreiten muss. Dass es durchaus, auch dem Geübtesten und auch unter Anwendung der Narkose, nicht immer gelingt, die Placenta herauszudrücken, darin werden wohl die Meisten übereinstimmen. Es kann aber leicht geschehen, dass der Arzt aus Scheu vor der Gefahr des intrauterinen Eingriffs und im Vertrauen auf die Leichtigkeit, mit welcher Wöchnerinnen im Allgemeinen Blutverluste überwinden und in der Hoffnung, dass doch bei der nächsten Anstrengung die Placenta nun folgen wird, den richtigen Moment für den Eingriff verpasst. Wenn auch nicht immer der Tod eintritt, so verlieren die Frauen unnöthig viel Blut und gebrauchen viele Monate, um sich einigermaassen wieder zu erholen. Es ist nun unter Umständen recht schwierig, die Menge des abgegangenen Blutes zu schätzen, da bei dem andauernden langsamen Nachsickern oft grosse Mengen in die Unterlagen hereinziehen, ohne dass man auch nur annähernd im Stande wäre, die abgegangenen Mengen zu beurtheilen. Wir haben deswegen seit Jahren in der Klinik eingeführt, (was auch Winckel in seinem Lehrbuch schon früher empfohlen hat) gleich nach der Entbindung eine saubere Schüssel unter die Geschlechtstheile unterzuschieben, um so mit Sicherheit ziemlich alles Blut, das abgeht, auffangen zu können, und sehen schon in einem Blutverlust von 1000 bis 1500 g eine stricte Indication zu einem energischen Eingriff. Ich will natürlich damit nicht sagen, dass eine Wöchnerin nicht auch einmal ohne directe Gefährdung ihres Lebens noch mehr Blut verlieren könnte, doch ist die Menge immerhin gross genug, um von erheblichem Einfluss auf den Gesammtzustand zu sein.

Ich finde es praktisch sehr wesentlich, dass man 1. die abgegangene Blutmenge auf diese Art genau controliren kann und dass man sich 2. eine bestimmte Grenze setzt, über welche hinaus nicht mehr gewartet werden soll. Und diese Grenze ist nach meiner Auffassung bei einem Blutverlust von $1-1\frac{1}{2}$ Liter erreicht!

Ich komme jetzt zur Besprechung eines dritten Punktes, welcher bei der praktischen Beurtheilung des oben erwähnten Falles eine erhebliche Rolle gespielt hat und in ähnlichen Fällen wieder spielen wird, und über welchen sich gleichfalls in den Lehrbüchern sehr unbestimmte oder sich widersprechende Angaben finden. Ist der Arzt verpflichtet, ohne sich eines Kunstfehlers schuldig zu machen, vor einem solchen intrauterinen Eingriff, wie der manuellen Placentarlösung, ausser der Desinfection der einzuführenden Hand auch eine solche der äusseren Geschlechtstheile der Kreissenden und der Scheide vorzunehmen? In unserem Falle hier ist Beides nicht geschehen, und es wird ja auch kaum jemals möglich sein, mit Sicherheit zu beweisen, dass hierdurch die tödtliche Infection erfolgt ist, da natürlich immer die Möglichkeit bleibt, dass dieselbe bereits vorher (wenigstens gewiss bei vorher untersuchten Kreissenden) stattgefunden haben kann. Indess: ganz abgesehen hievon, stellt sich doch die Frage so, ob in einer derartigen Unterlassung ein Vergehen gegen die allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst zu sehen wäre? Ich für meine Person, würde aus voller Ueberzeugung diese Frage mit «Ja» beantworten; wenigstens ganz entschieden mit «Ja», soweit die gründliche Reinigung und Desinfection der äusseren Geschlechtstheile vor dem Einführen der Hand in Frage kommt.

Zweifelhaft könnte nach der Ansicht mancher Autoren ja nur sein, ob auch die Scheide gründlich vor dem Eingriff desinficirt werden müsste. Die meisten geburtshilflichen Lehrbücher plaidiren dafür; aber bekanntlich ist auf Grund neuerer bacteriologischer Untersuchungen von Kroenig der Grundsatz aufgestellt und z. B. in der Leipziger Klinik praktisch durchgeführt worden, dass eine Desinfection der Scheide nicht nur unnütz, sondern auch schädlich sei und desshalb auch vor allen operativen Eingriffen zu unterlassen sei.

Es ist klar, dass, wenn von so competenter Seite, wie z. B. der Leipziger Klinik, eine solche Meinung öffentlich vertreten und unterstützt wird, kein Richter zu einem bestimmten Ausspruch und Urtheil kommen kann, obgleich, wie ich früher schon einmal dargelegt habe, die Resultate der Leipziger Klinik mit 49,46 Proc. Morbidität nach operativen Entbindungen mir in keiner Weise die Berechtigung des erwähnten Grundsatzes zu beweisen scheinen. Und ich kann nicht leugnen, dass mir die Aufstellung eines solchen Ausspruches in hohem Maasse im Interesse der Kreissenden bedauerlich erscheint, weil sie viele Aerzte unsicher in ihrem Handeln macht und Manchen den nur zu willkommenen Vorwand gibt, eine meiner Meinung nach absolut nothwendige und heilsame, unter keinen Umständen aber schädliche Maassregel vor dem gefährlichen intrauterinen Eingriff zu unterlassen. Als Beweis für die Richtigkeit dieser meiner Ansicht habe ich in der letzten kleinen Mittheilung «Zur Verhütung des Kindbettfiebers» (Berl. klin. Wochenschr. 1898, No. 46) bereits die Thatsache angeführt, dass von den letzten 15 Entbundenen, bei denen in der Würzburger Klinik die manuelle Placentarlösung gemacht worden war, nur 2 fieberten, darunter Eine mit Kehlkopftuberculose und absolut negativem Genitalbefund, eine Andere, bei der wegen Tympania uteri die Geburt durch die Perforation beendigt werden musste. Auch hier war die Erkrankung bei übelriechenden Lochien ganz vorübergehend.

Als weiteren Beweis für die nützliche Wirkung einer gründlichen äusserlichen und innerlichen Desinfection der Kreissenden führe ich einige Ziffern aus der Würzburger geburtshilflichen Poliklinik an, wo ja die Verhältnisse in so vieler Beziehung soviel ungünstiger liegen, als in der Klinik. Hier kamen in den beiden letzten Jahren 7 manuelle Placentarlösungen vor.

Von diesen Entbundenen erkrankte Eine fieberhaft, bei welcher der Praktikant wegen schwerer Nachblutung, bevor der Assistent aus der Anstalt herbeigerufen werden konnte, und bevor eine innere Desinfection vorgenommen werden konnte, die Placenta aus dem Uterus herausholte. Unter zusammen also 22 dieser gefährlichsten intrauterinen Eingriffe kamen somit überhaupt nur 3 Fieberfälle vor, zwei leichtere und ein etwas ernsterer.

Insgesammt kamen in diesen beiden Jahren gerade 100 geburtshilfliche Operationen in der Poliklinik vor (ausser den kleineren Eingriffen). Von diesen 100 Operirten fieberten im Ganzen 5, drei ernster, drei ganz vorübergehend. Von den ersten drei ist die Eine bereits oben erwähnt; in den zwei anderen Fällen handelte es sich einmal um Perforation, einmal um Wendung bei Tympania uteri. Wenn auch natürlich zuzugeben ist, dass die Controle der Temperatur bei der poliklinischen Behandlung nicht annähernd so genau sein kann, wie bei der Beobachtung in der Klinik, so ist das Uebersehen irgend einer ernstlichen Erkrankung doch ganz ausgeschlossen, und ich glaube diese Zahlen von Neuem als einen Beweis dafür anführen zu können, dass eine gründliche objective Desinfection der Kreissenden vor jeder geburtshilflichen Operation, besonders aber vor jeder, bei der die Hand in den Uterus eingeführt werden muss, nicht nur nützlich sein kann, sondern geradezu geboten ist, und ich glaube, wir dürfen nicht anstehen, es auszusprechen, dass ein Arzt, der vor einer geburtshilflichen Operation, besonders vor einer manuellen

Nachgeburtsoperation, es unterlässt, die äusseren Geschlechtstheile und die Scheide gründlich zu desinficiren, sich eines Vergehens im Sinne des § 222 des Strafgesetzbuches schuldig macht.

Aus dem Augustahospital in Köln.

Ueber Venenthrombose bei Chlorose.*)

Von *Otto Leichtenstern.*

Das Vorkommen spontaner Venenthrombosen bei einfacher Chlorose ist so allgemein bekannt und die Literatur dieses Gegenstandes eine so stattliche, dass es, um hierüber in Ihrem Kreise zu sprechen, eines besonderes Anstosses bedurfte. Dieser liegt in dem Umstande, dass ich im letzten Halbjahr sieben derartige Fälle im Augusta- und Bürgerhospital, einen achten in der Consiliarpraxis zu beobachten Gelegenheit hatte.

Im Jahre 1893 hat Bücklers zwei Fälle von spontaner Hirnsinusthrombose bei Chlorose aus meinem Hospital beschrieben[1]) und bei dieser Gelegenheit auch zwei Fälle von Thrombose der Beinvenen bei Chlorose erwähnt.

Ich verfüge somit über 12 Fälle, wovon 11 der Hospitalpraxis angehören.

Diese Fälle sind kurz skizzirt folgende:

1. 1886: Charlotte K., 32 Jahr, Hirnsinusthrombose. Tod.[2])
2. 1890: Ottilie G., 16 Jahr, Hirnsinusthrombose. Tod.
3. 1893: M. E., 17 Jahr, Thrombose der Wadenvenen und Poplitaeae beiderseits. Heilung.
4. 1893: M. S., 17 Jahr, Thrombose der l. Wadenvenen, insbesonders Saphena parva. Heilung.
5. 1899: G. G., 16 Jahr, Thrombose der Vena femoralis beiderseits. Ausserordentlich protrahirter Verlauf. Heilung.
6. 1899: A. L., 17 Jahr, Thrombose der Wadenvenen und Poplitaeae beiderseits. Heilung.
7. 1899: H. B., 23 Jahr, Thrombose der Wadenvenen und Poplitaeae rechterseits. Plötzlicher Tod durch Pulmonalembolie.
8. 1899: M. M., 25 Jahr, Thrombose der Vena poplitaea dextra. Heilung.
9. 1899: Therese S., 19 Jahr, Successive Thrombose beider Venae femorales, Wadenvenen. Heilung.
10. 1899: Cordula K., 25 Jahr, Thrombose der Wadenvenen und Poplitaea dextra. Heilung.
11. 1899: Ernestine H., 22 Jahr, Thrombose der linken Femoralvene. Heilung.
12. 1899: Frau Sch., 32 Jahr, Thrombose der Vena femoralis sinistra. Embolie eines Pulmonalarterienastes und Infarctbildung des ganzen linken Unterlappens. Heilung nach langwieriger Krankheit.

M. H.! Die eben erwähnten, im letzten Halbjahr beobachteten acht Fälle von chlorotischer Venenthrombose (No. 5—12) veranlassten mich zu einem Studium der bisherigen Literatur, und da es gilt, derselben nicht allein unsere 12 Fälle einzureihen, sondern auch mehrere andere, die bisher in den deutschen Statistiken übersehen wurden, so muss ich Ihre Aufmerksamkeit heute auch für einige trockene Zahlen in Anspruch nehmen.

Fragen wir zunächst einmal nach der Häufigkeit des Vorkommens dieser wichtigen und, wie wir sehen werden, gefährlichen Complication der Chlorose.

Eichhorst fand unter 243 Fällen von Chlorose 4 mal, also in 1,6 Proc., v. Noorden unter 230 Fällen 5 mal, also in 2 Proc. Venenthrombose.

Seit dem Jahre 1886, wo ich zum 1. Male auf die chlorotische Hirnsinusthrombose aufmerksam wurde (vergl. Fall 1), bis zum heutigen Tage sind in meinem Hospital 1653 Fälle von einfacher, uncomplicirter[3]) Chlorose behandelt worden. Ich entnehme diese Zahl den sorgfältigen Jahresberichten. In diesen Fällen kam chlorotische Venen- resp. Hirnsinus-Thrombose 11 mal vor, also in 0,66 Proc. Ich bin so unbescheiden, anzunehmen, dass meine Procentzahl der Wahrheit näher kommt, als die mir etwas zu hoch erscheinenden Zahlen von Eichhorst und v. Noorden. Ich will aber gerne zugeben, dass die Zahl von 6,6 pro Mille vielleicht etwas zu klein ist; denn man kann die Diagnose der Venenthrombose eben nur dann stellen, wenn, abgesehen von den Fällen, wo der Thrombus als deutlicher schmerzhafter Strang zu fühlen ist, mehrere Zeichen darauf hinweisen; wenn zum mindesten, neben örtlich auf die Vene begrenzter Schmerzhaftigkeit, Oedem des betreffenden Extremitätenabschnittes oder etwas Fieber vorhanden ist, oder wenn, wie bei den oberflächlich gelegenen Saphenae zuweilen, eine geringe strichweise Hautröthe auf Periphlebitis hinweist. Auf solche Weise gibt unsere Statistik nur über die sicheren, evidenten Fälle von Thrombose Aufschluss. Es ist aber gar nicht fraglich, dass manche Waden- und Oberschenkelschmerzen bei Chlorotischen in Thrombose tieferliegender Venen ihren Grund haben. Wenn es auch Vermessenheit wäre, in einem solchen Falle, einzig und allein auf Schmerzen hin, die Diagnose einer Venenthrombose aufstellen zu wollen, so empfiehlt es sich doch, auch bei diesen unentwickelten Fällen, wo ausschliesslich anhaltende und localisirte Schmerzen in den Unterextremitäten, namentlich den Waden Chlorotischer bestehen, an die Möglichkeit der Venenthrombose zu denken, damit nicht durch Aufstehenlassen, Verordnung von Spaziergängen, Gymnastik, Bädern, oder durch die so sehr beliebte Massage plötzlich eine tödtliche Pulmonalembolie, wie Beispiele lehren, hervorgerufen wird.

Ein paar Bemerkungen möchte ich mir bezüglich des Oedems erlauben. Dass es, wenn es einseitig auf eine Extremität oder einen Theil derselben beschränkt und mit localisirter Schmerzhaftigkeit verbunden ist, die Diagnose der Thrombose auch ohne evidentes Fühlbarsein des thrombosirten Venenstranges gestattet, ist klar. Sehr viel wichtiger ist die negative Seite dieser Semiotik, nämlich zu wissen, dass das Oedem trotz ausgedehnter Venenthrombose vollständig fehlen kann. So fehlte es vollständig in einem durch Pulmonalembolie plötzlich letal verlaufenden Falle, welchen Kockel[4]) aus dem pathologischen Institut zu Leipzig mittheilte; und doch ergab die Section in diesem Falle massenhafte Thromben in den intermusculären Wadenvenen, in der Poplitaea und Femoralis bis zum Poupart'schen Bande hinauf! Auch unser später zu beschreibender Fall VII gibt ein Paradigma für diese Thatsache.

Wenn ich also ohne Weiteres einräume, dass zahlreiche Fälle von Venenthrombose bei Chlorotischen mangels sicherer Anzeichen der Diagnose (sensu strictiori) entgehen, so will mir doch scheinen, dass gleichwohl diese wichtige Complication der Bleichsucht in nicht viel mehr als 1 Proc. der Fälle statt hat.

Anatomische Statistiken über die Häufigkeit der chlorotischen Venenthrombose haben selbstverständlich nur einen sehr precären Werth.

Mannaberg hat jüngst 1800 Sectionen, welche im Jahre 1898 im Wiener allgemeinen Krankenhause vorkamen, auf das Vorhandensein von Venenthrombosen untersucht. Von den 96 Fällen kamen — wir dürfen hier gleich nach Procenten rechnen —:

39 Proc. auf Infectionskrankheiten,
30 „ „ Herz- und Gefässkrankheiten,
19 „ „ Neoplasmen,
6 „ „ Marasmus,
1 „ „ Nephritis,
1 „ „ Chlorose.

Die Sections-Statistik des Münchener pathologischen Instituts (1888—97) ergab[5]) unter 8578 Sectionen 460 primäre, marantische Thrombosen (= 5 Proc.).

Dem Sitze nach vertheilen sich dieselben auf:

Herz	254 Fälle	= 55	Proc.
Venen	94 „	= 20,4	„
Arterien (insbes. Pulmonalarterie)	90 „	= 19,5	„
Hirnsinus	22 „	= 5	„
	Sa. 460 Fälle.		

Von den 22 marantischen Hirnsinusthrombosen gehören 3 (= 13 Proc.) der Chlorose an. In der Gesammtstatistik aller marantischen Thrombosen steht somit die chlorotische Hirnsinus-Thrombose mit 0,6 Proc. verzeichnet.

*) Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu Köln am 19. Juni 1899.

[1]) Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankh., 25., 1.

[2]) Diesen Fall habe ich, wie Bücklers seinerzeit bereits andeutete (l. c. S. 8 u. 9), nunmehr definitiv zur chlorotischen Sinusthrombose gerechnet, wie es auch Schweitzer bereits gethan hat (l. c.).

[3]) Die mit Ulcus ventriculi, Pneumonie, Phthisis etc. verbundenen Chlorosen sind in der Statistik in den betreffenden Rubriken untergebracht und daher in obiger Zahl nicht mitgerechnet.

[4]) Ueber Thrombose bei Chlorose. Deutsch. Arch. f. klin. Med., 52, 557.

Ueber die Häufigkeit einer pathologischen Erscheinung gibt ferner auch die publicirte Casuistik einen gewissen Anhalt. Dies führt mich dazu, auf die Casuistik der chlorotischen Venen- und Sinusthrombose einen Blick zu werfen.

Nachdem, wie es scheint zuerst Trousseau 1860 auf die chlorotische Venenthrombose aufmerksam gemacht hatte, erfolgten Literaturzusammenstellungen zuerst in der französischen Literatur, so von Vergely 1887, von Proby 1890 und Bourdillon 1892.

In einer sorgfältigen Arbeit aus Eichhorst's Klinik hat jüngst Schweitzer[6]) die Casuistik zusammengestellt und durch vier Beobachtungen aus genannter Klinik bereichert.

Diese Statistik bildet den Stamm, an welchen wir unsere eigenen Beobachtungen und mehrere andere angliedern wollen, und da wir aus dieser Gesammt-Statistik im Folgenden gewisse Schlüsse ziehen werden, z. B. über den Lieblingssitz der chlorotischen Thrombose, lässt es sich nicht vermeiden, die Fälle, mittels welcher wir die Schweitzer'sche Statistik vermehren, ganz kurz skizzirt hier anzuführen.

Zu Schweitzer's 51 Fällen von chlorotischer Gefässthrombose kommen noch folgende Fälle:

52) Vergely (Contribution à l'étude des thromboses veineuses et arterielles dans le cours de la Chlorose, Bordeaux 1889); Autochthone Thrombenbildung in den Art. fossae Sylvii. — 53) Krönig (Diss, München 1889); 18 J. Sinusthrombose. — 54–56) Bergeat (Diss., München 1891); 21, 35, 31 J. Sämmtlich Sinusthrombosen. — 57) Luigi Corrazza (Schmidt's Jahrb. 131. 308); 42 J. Sinusthrombose. — 58) J. Audry (Lyon méd. 1892); Sinusthrombose. — 59 bis 61) Gutheil (Diss., Freiburg 1892); 17, 22, 20 J. Sämmtlich Sinusthrombosen. — 62) Alb. Erlenmeyer («Springende Thrombose der Extremitätenvenen und Hirnsinus» Deutsch. med. Wochenschrift 1890, No. 35); 35 J. Ein sehr interessanter Fall, welcher sich dem bekannten, überall citirten von Huels als Analogon anreiht. Die Bezeichnung «springende Thrombose» ist vortrefflich gewählt. — 63) Hayem (Soc. méd. des hôp. de Paris, 6. Mars 1896); Thromben im rechten Herzen. Plötzlicher Tod durch Pulmonalembolie. (Chlorotisches Mädchen. Periphere Venen?). — 64—66) Guinon (Ibidem, 20. Mars 1896); Drei Fälle von Thrombose der Femoralis resp. Saphena. In einem Falle tödtliche Pulmonalembolie. — 67—69) Lee Dickinson (Brit. med. Journ. 1896, Jan. 18.); Drei Fälle von Sinusthrombose bei Chlorose. — 70—71) Dyce-Duckworth (Ibidem); Zwei Fälle von Sinusthrombose bei Chlorose. — 72) Spurell (Ibidem); 13 J. Chlorotische Sinusthrombose. — 73) Buzzard (Ibidem); Sinusthrombose mit Ausgang in Genesung bei schwerer Chlorose. — 74) Rethers (Diss., Berlin 1891, Fall 12); 25 J. Thrombose der Vena saphena dextra. — 75) Thayer (berichtet von W. H. Welch[7]) in dem Artikel über «Thrombosis and Embolism» in Allbutt's System of Medicine 1899); Thrombose der l. Femoralis. Tod durch Pulmonalembolie. — 76–85) Folgen unsere eingangs erwähnten 10 Fälle. Die beiden anderen Fälle (No. 1 und 2) Sinusthrombosen betreffend und von Bücklers (s. o.) mitgetheilt, sind in der Schweitzer'schen Statistik bereits enthalten. — 86) Thikötter (Diss. München 1891) 24 jährige, höchst anaemische Puerpera. Sinusthrombose. Pulmonalembolie. Tod.

Ausser diesen Fällen sind noch andere zur chlorotischen Venenthrombose gerechnet worden, welche aber als unreine Fälle auszuschliessen sind, weil gleichzeitig andere aetiologische Momente schwer in's Gewicht fallen. Die Fälle, wo neben der Chlorose umfangreiche Varicen der Unterextremitäten, eine Pleuritis exsudativa, eine Endocarditis, Herzklappenfehler, Erkrankungen der inneren Genitalien, eine Salpingitis, eitrige Perioophoritis (Le Sage, Göbel[8]), eine Nephritis, eitrige Pyelonephritis (Mildner), wo Syphilis, Gonorrhoe, eine Bartholinitis bestanden, wo ein schweres Trauma die Ursache der Thrombose war (Hoechtl[9]), müssen als unreine Fälle ausgeschieden werden. Hier möchte ich namentlich auf die wenn auch enorm seltene «Thrombophlebitis gonorrhoica» aufmerksam machen. Auch eine «gonorrhoische Sinusthrombose» kommt vor, was ich demnächst an der Krankengeschichte eines kräftigen, ohrgesunden 19jährigen Mannes nachweisen werde, der im Verlaufe einer acuten Gonorrhoe an allen Erscheinungen der klinisch so sicher zu diagnosticirenden[10]) Thrombose des Sinus cavernosus erkrankte. Auch die syphilitische Thrombophlebitis ist über jeden Zweifel erhaben. Auf alle diese Möglichkeiten ist zu achten, wenn man die Diagnose einer exclusiv-chlorotischen Venen- und Sinusthrombose stellen will. Selbstverständlich auszuschliessen sind die Fälle, wo acute fieberhafte Infectionskrankheiten bestanden oder unmittelbar vorausgingen, ein Erysipel des Gesichts oder der Unterextremitäten, eine Lymphangitis derselben, eine Febris puerperalis, eine Influenza, ein hohes «septisches Fieber» bekannter oder unbekannter Herkunft. In manchem der eben geschilderten Fälle mag freilich auch die gleichzeitige chlorotische Blut- und Gefässbeschaffenheit die Entstehung der Thrombose begünstigt haben. Selbstverständlich habe ich auch den Fall von Sinusthrombose, welchen v. Dusch[11]) bereits 1860 mittheilte, von unserer Statistik ausgeschlossen. Es handelte sich um eine puerperale Peritonitis, bei welcher die 22 jähr. Patientin seitens ihres Arztes innerhalb 9 Tagen 120 Blutegel, in der Folge noch Aderlässe und dann noch mehrmals je 15 Blutegel gesetzt erhielt. Mit Recht setzt v. Dusch die Sinusthrombose auf Rechnung der enormen Blutverluste. Zur chlorotischen Sinusthrombose gehört dieser Fall gleichwohl nicht. Auch an den einen oder anderen Fall unserer obigen Statistik kann der strengere Kritiker noch sehr wohl die Axt anlegen. So habe ich den in der Schweitzer'schen Statistik enthaltenen Fall II von Löwenberg (Diss., Königsberg 1894), obwohl es sich um eine puerperale Nephritis handelte, dennoch gelten lassen, und zwar, weil bei der chlorotischen Kranken bereits im dritten Schwangerschaftsmonate eine in Heilung ausgehende Thrombose der linken Vena femoralis beobachtet worden war.

In einigen Fällen unserer obigen Statistik, namentlich bei Sinusthrombosen, bestand Gravidität der ersten Monate. Ich habe diese Fälle gleichwohl als chlorotische Thrombosen gelten lassen. Die Entstehung der chlorotischen Venen und Sinusthrombosen wird durch den Eintritt der Gravidität begünstigt. Auch bezüglich der Fettleibigkeit, welche sich in einigen Fällen mit der Chlorose verband, gilt dies. In einem unserer Fälle (No. 9 s. o.) von schwerer und langwieriger successiver Thrombose beider Femoralvenen ging der Entstehung der Thrombose eine ziemlich kräftige Magenblutung ex ulcere ventriculi voraus. Ich habe diesen Fall dennoch zur chlorotischen Thrombose gerechnet, da die Patientin seit Langem an schwerer Chlorose litt und da mir sonst aus der grossen Zahl von Magenblutungen Fälle von Venenthrombose nicht bekannt sind. Ich schliesse also, dass Blutungen (Menorrhagien, Magenblutungen etc.) bei Chlorotischen die Entstehung von Venenthrombosen begünstigen. Wenn wir aber auch Fälle der letzteren Art, weil mit Gravidität, Fettleibigkeit, Magenblutungen complicirt, als «unrein» ausschliessen wollten, die Thatsache, dass die einfache Chlorose an sich nicht selten Venen und Sinusthrombosen verursacht, bleibt hoch über jeder Skepsis erhaben.

M. H.! Die Frage nach den Prädilections-Orten, nach dem Sitze der chlorotischen Thrombose lehrt uns interessante Ergebnisse. Ich muss Sie auch hier zunächst mit Zahlen, welche sich aus unserer Statistik von 86 Fällen ergeben, belästigen.

Die Thrombose betraf:

1.	Venen der Unterextremitäten in	48 Fällen,
2.	„ „ Oberextremitäten[12]) in	1 „
3.	„ „ Unter- und Oberextremitäten[13]) in	1 „
4.	„ „ Unterextremitäten und Sinus cerebr.[14]) in	1 „
5.	„ „ Unter- und Oberextremitäten und Sinus[15]) in	1 „
6.	Sinus cerebrales allein in	29 „
7.	Cava inferior[16]) in	1 „
8.	rechte Herzkammer[17]) in	1 „
9.	Arteria pulmonalis[18]) (autochthon) in	1 „
10.	Arteria axillaris[19]) in	1 „
11.	Arteriae fossae Sylvii[20]) (autochthon)	1 „
	Summa:	86 Fälle.

[5]) J. Vaitl, Zur Aetiologie und Pathogenese der autochthonen Sinusthrombose. Diss. München 1895.

[6]) Virchow's Arch. 152. 33.

[7]) Die von Welch ausserdem citirten Fälle von Gagnoni (Riforma med. 1897) und von Vaquez (?) habe ich weder im Original, noch in Referaten auftreiben können.

[8]) Diss. München 1893.

[9]) Diss. München 1899.

[10]) Vgl. meine Mittheilung über die Thrombose des Sinus cavernosus. Deutsche med. Wochenschr. 1880. S. 229.

[11]) Schmidt's Jahrb. 105. 25.

[12]) Fall von Bourdillon. [13]) Huels. [14]) Batle. [15]) Erlenmeyer. [16]) Kockel. [17]) Hayem. [18]) Rendu. [19]) Tuckwell. [20]) Vergely.

Was uns in dieser Statistik zuerst auffällt, ist die Häufigkeit der chlorotischen Sinusthrombosen.

Sie stehen zu den Extremitätenthrombosen im Verhältniss von 31 : 52. Dieses Verhältniss entspricht natürlich keineswegs der Wirklichkeit.

Unsere Statistik ist eine solche der publicirten Casuistik und gerade ihrer Seltenheit, ihrer grossen klinischen Bedeutung und ihres tödtlichen Ausganges halber sind die Fälle von Sinusthrombose von den Beobachtern, Aerzten und Anatomen, verhältnissmässig weitaus häufiger beschrieben worden, als die banalen, meist in Heilung ausgehenden Extremitätenthrombosen. In unserer Krankenhausstatistik ist das obige Verhältniss 2 : 10. Aber auch dieses Verhältniss dürfte noch nicht der Wirklichkeit entsprechen. Die Sinusthrombosen sind im Verhältniss zu den Extremitätenthrombosen wahrscheinlich noch viel seltener, als in unserer immerhin auf ein kleines Beobachtungsmaterial gegründeten Krankenhausstatistik zufällig zum Ausdruck kam. Nichtsdestoweniger ist die auffallende Häufigkeit, mit welcher Sinusthrombosen bei jugendlichen chlorotischen, im Uebrigen aber gesunden, keineswegs kachektischen Individuen vorkommen, eine sicher gestellte Thatsache von nicht geringem klinischen und pathologischen Interesse und wir dürfen getrost den Satz aufstellen: Unter allen Krankheitszuständen, welche spontane Sinusthrombose verursachen, nimmt die Chlorose eine der ersten Stellen ein.

Auf die Klinik und Anatomie der chlorotischen Sinusthrombosen einzugehen, liegt nicht im Plane meines heutigen Vortrages. Nur bezüglich der Prognose möchte ich mir eine Bemerkung gestatten.

Der tödtliche Ausgang ist natürlich weitaus die Regel. Dennoch weisen die Fälle von Erlenmeyer, Bristowe, Buzzard darauf hin, dass auch die blande Sinusthrombose, und eine solche ist die chlorotische, in Heilung übergehen kann. Der Ausgang hängt wesentlich auch von der Ausdehnung und dem Sitze der Thrombose ab.

Letzteren anlangend, so ist beispielsweise die Verlegung des Sinus rectus wegen der in ihn einmündenden Vena magna Galeni ein weitaus gefährlicherer Process, als die Thrombose eines Sinus cavernosus. So ist auch unser oben nebenbei erwähnter Fall von gonorrhoischer Thrombose eines Sinus cavernosus trotz schwerer Cerebralerscheinungen in Genesung übergegangen.

Der weitaus bevorzugte Ort der chlorotischen Venenthrombose sind die Venen der Unterextremitäten, und da das Gleiche auch für alle anderen spontanen Venenthrombosen, insbesondere auch für die bei zahlreichen Infectionskrankheiten gilt, so erkennen wir hieraus, dass bei allen diesen Thrombosen, also auch bei der chlorotischen, die Schwerkraft, oder, was auf dasselbe hinauskommt, die geschwächte Herzkraft eine wichtige Rolle, aber selbstverständlich nicht die einzige, in der Genese der Thrombose spielt.

Noch auf einen anderen wichtigen Punkt muss ich an der Hand der Statistik eingehen, umsomehr, als es sich hierbei um eine specifische Eigenthümlichkeit der chlorotischen Venenthrombose handelt; es ist dies die ganz auffallende Bevorzugung der Venen der Unterschenkel, also der kleineren Venen, der Wadenvenen, namentlich auch der intermusculären, incl. der Poplitaea.

Schon Vergely hatte in seiner ersten Zusammenstellung der Fälle gefunden, dass die chlorotische Thrombose in 4 Fällen die Vena femoralis, in 7 Fällen dagegen die Unterschenkel (Wadenvenen) betraf. Ein noch stärkeres Ueberwiegen der Unterschenkelvenen fand sich in den Fällen, mit welchen Proby die Vergely'sche Statistik vermehrte, indem von den neu hinzugefügten 8 Fällen nur einer die Vena femoralis, alle übrigen die Unterschenkelvenen betrafen.

In unseren eigenen 10 Fällen von Unterextremitätenthrombose bei Chlorose (s. o.) stehen 4 Femoralis- 6 Unterschenkel- resp. Poplitaeathrombosen gegenüber.

Die oben angeführte Gesammtstatistik ergibt, eingehend studirt:

26 Fälle von Thrombose der Femoralis.

25 Fälle, wo entweder ausschliesslich oder doch primär die Venen der Unterschenkel inclus. der Poplitaea befallen waren.

Durch diese auffallende Bevorzugung der Unterschenkelvenen unterscheidet sich die Chlorose ganz erheblich von allen anderen spontanen Venenthrombosen; denn es ist bekannt, dass die Thrombose bei acuten Infectionskrankheiten (Typhus, Pneumonie, acuter Gelenkrheumatismus, Influenza), bei chronischen Herz- und Lungenerkrankungen, insbesondere bei Tuberculose, ferner bei Kachexien diverser Art, in hervorragendem Maasse die Vena femoralis bevorzugt. Die chlorotische Venenthrombose dagegen zeigt zum Mindesten die gleiche Vorliebe für die Unterschenkelvenen.

Diese Thatsache hat keineswegs bloss ein statistisches Interesse! Sie ist von grösster klinischer Tragweite; denn je kleiner die obturirten Venen, um so häufiger fehlt das diagnostisch wichtige Oedem, um so leichter entgeht also auch die Thrombose der Diagnose; und ein Uebersehen der Thrombose, z. B. der tiefliegenden, intermusculären Wadenvenen, kann für die chlorotische Patientin, wie wir eingangs schon hervorhoben, von fatalen Folgen sein. Beim Mangel des Oedems können die allein vorhandenen Schmerzen sehr leicht für Ermüdungsschmerzen, Neuralgien oder Myalgien gehalten werden; eine kräftige Massage, Spazierengehen, Gymnastik etc. wird angeordnet und damit die Gefahr der Pulmonalembolie geradezu provocirt.

Fehlen überdies auch die Schmerzen, so bleibt die Thrombose völlig verborgen.

Auf diese klinische Latenz und die dadurch bedingten Gefahren der chlorotischen Venenthrombose habe ich bereits eingangs dieses Vortrages hingewiesen und dabei eines von Kockel berichteten Beispieles gedacht. Die folgende Krankengeschichte mit ihrem erschütternden Ausgang ist im Stande, diese Thatsache noch greller zu beleuchten.

E. Br., 23 J. alt, ein kräftig gebautes Mädchen von grosser Statur und schönen Körperformen, bot bei ihrer Aufnahme (9. Januar 1899) die Erscheinungen einer mässigen Chlorose dar. Sie klagte über Schmerzen in der rechten Wade und Kniekehle, welche Theile auf Druck sehr schmerzhaft waren. Es bestand mässiges Oedem des Fussrückens und der Knöchelgegend sowie des untersten Drittels des rechten Unterschenkels. Kein Venenstrang durchzufühlen. Diagnose: Chlorotische Thrombose der Poplitaea und Wadenvenen. Verlauf: Niemals wurde Fieber constatirt. Bei Bettruhe, hoher Lage des rechten Beines und kalten Umschlägen verschwand das Oedem binnen wenigen Tagen; desgleichen sistirten die Schmerzen vollständig.

Patientin befand sich so wohl, dass sie kaum mehr im Bett zu halten war. Sie verlangte am 15. Januar ihren Austritt, der ihr für die nächsten Tage auch in Aussicht gestellt wurde.

Am 16. Januar Morgens 3 Uhr verliess Patientin eigenmächtig zum erstenmal das Bett, um sich am nahe gelegenen Wasserkranen Trinkwasser zu holen. Auf dem Rückweg zu ihrem Bette wurde Pat. plötzlich von einer furchtbaren Angst und Athemnoth befallen; sie stürzte wie rasend an's Fenster, riss dasselbe auf, schrie nach Luft und wäre aus dem Fenster gefallen, wenn man sie nicht gewaltsam zurückgehalten hätte. Ihr Gesicht war leichenblass, der Athem ging tief und schnell. Dieser mit furchtbarer Agitation gepaarte Lufthunger dauerte fast ½ Stunde, dann traten Cyanose, Sopor, die Erscheinungen des Lungenoedems und um 5 Uhr Morgens der Tod ein. Die Section ergab die Vena poplitaea und die intermusculären Wadenvenen mit zerreiblichen, scheckigen, adhaerenten Thromben dicht erfüllt, die Oberschenkelvenen frei. Beide Hauptstämme der Art. pulmonalis bis zur Lungenwurzel mit Thrombusmassen erfüllt. Lungenoedem. Alle übrigen Organe, von Blutarmuth abgesehen, durchaus normal.

Dieser Fall bedarf keines weiteren Commentars; er lehrt uns, dass trotz ausgedehnter Thrombose der Poplitaea und der tief liegenden Wadenvenen jedes klinische Symptom der Thrombose, insbesonders Schmerz und Oedem vollständig fehlen können.

Der Fall ermahnt uns, Patienten mit chlorotischer Venenthrombose ein ganz besonders vorsichtiges Augenmerk zu schenken, auch dann, wenn sie im klinischen Sinne des Wortes als geheilt erscheinen.

Wenn auch die ungeheuere Mehrzahl der chlorotischen Venenthrombosen in Heilung übergeht, so müssen doch gerade diese Thromben als in hohem Maasse gefährliche bezeichnet werden.

Unter der Zahl von ca. 4000 Abdominaltyphen, welche ich in den letzten 20 Jahren in Köln beobachtete, kamen alljährlich

einige Fälle von Thrombose der Vena femoralis vor, und doch erinnere ich mich nicht, jemals eine tödtliche Pulmonalembolie dabei beobachtet zu haben.

Dagegen kam dieses Ereigniss unter meinen 10 Fällen von chlorotischer Thrombose zweimal, einmal wie erwähnt, mit tödtlichem Ausgang vor. Und unsere obige Statistik lehrt: Unter den 52 Fällen von chlorotischer Thrombose der Extremitäten ereignete sich in 10 Fällen, also in 1/5 der Fälle, Pulmonalembolie, in 9 Fällen sofort mit tödtlichem Ausgang. Dieses enorme Verhältniss entspricht freilich nicht ganz der Wirklichkeit, weil eben die durch Pulmonalembolie tödtlich verlaufenden Fälle von Aerzten und Anatomen mit Vorliebe beschrieben wurden.

Immerhin aber steht thatsächlich fest, dass die chlorotischen Venenthrombose mehr als irgend eine andere, die puerperale allenfalls ausgenommen, zur Abbröckelung der Gerinnsel geneigt ist.

Dieses lockere Gefüge der chlorotischen Thromben hat möglicherweise seinen Grund in dem Reichthum derselben an Blutplättchen[21]).

In den meisten Fällen von chlorotischer Venenthrombose entwickelte sich dieselbe ohne jede bekannte Gelegenheitsursache. In einigen wenigen Fällen ist eine solche angegeben, so namentlich mehrstündiges Tanzen, Stehen, anstrengende Märsche.

Aus dem klinischen Symptomenbild sei noch das Verhalten der Körperwärme hervorgehoben. Sehr richtig hat bereits Schweitzer das diesbezügliche Ergebniss der Literatur zusammengefasst mit den Worten: «Eine fast durchwegs gemachte Beobachtung war eine leichte Erhöhung der Körperwärme zu Beginn der Thrombose, die nach einigen Tagen zur Norm zurückkehrte». Von unseren 10 Fällen von Extremitätenthrombose zeigten nur zwei, welche bereits mit manifester Thrombose in's Hospital eintraten, während des ganzen Verlaufes kein Fieber. In allen anderen Fällen bestand in den ersten Tagen der Thrombose, 1—4 Tage lang, ein intermittirendes, selten continuirliches geringfügiges, meist zwischen 38 bis 39° schwankendes, nur sehr selten etwas höheres Fieber. Dass besonders der Beginn der chlorotischen Venenthrombose durch leichte Fieberbewegungen von kurzer Dauer ausgezeichnet ist, lehren die Fälle No. 5 und 9 unserer obigen Casuistik, wo successive innerhalb 2—4 Wochen die Vena femoralis der einen, dann der anderen Seite, dann die Wadenvenen von der Thrombose befallen wurden. Jede neue Thrombose war durch ein 1—3tägiges intermittirendes, namentlich abendliches Fieber eingeleitet. Das Fieber spielt also keine Rolle bei der chlorotischen Thrombose und eine höhere oder gar hohe Continua mit Schüttelfrost, den wir niemals beobachteten, muss von vorneherein die Diagnose der chlorotischen Venenthrombose verdächtig erscheinen lassen.

Auch die chlorotische Sinusthrombose pflegt in der ersten Zeit fieberlos oder mit geringer intermittirender Temperatursteigerung zu verlaufen. Doch kommt hier zuweilen auch ein mässiges continuirliches Fieber vor. Gegen Lebensende steigt die Temperatur regelmässig zu sehr bedeutenden Graden (40—41° und darüber) an. Diese praemortale Temperatursteigerung bei Sinusthrombose beruht analog der bei Tetanus, Gehirnblutung, Tumoren etc. beobachteten, auf Lähmung der wärmemoderirenden Centren.

M. H.! Was die interessante Frage nach der Ursache i. e. Pathogenese der chlorotischen Venen- und Sinusthrombose betrifft, so will ich hier nicht allzuweit ausholen. Jeder Fortschritt, welchen die Lehre von der Blutgerinnung und Gefässthrombose im Laufe der Zeiten verzeichnete, manche Erkenntniss, welche die Lehre von der Blut- und Gefässbeschaffenheit bei Chlorose zu Tage förderte, sandte auch Lichtstrahlen in das Dunkel der Pathogenese der chlorotischen Thrombose. Die hervorragendsten älteren Pathologen warfen lange Zeit auch diese Thrombose in den grossen Topf der «marantischen Thrombosen». Die geschwächte Herzkraft und dadurch bedingte Verlangsamung des Blutstromes sollte allein auch die Entstehung der chlorotischen Thrombose erklären! Dass wir damit nicht auskommen können, liegt auf der Hand; sehen wir ja in den schwersten Fällen von Chlorose mit Stauungsoedem in den Unterextremitäten dennoch keine Thrombose zu Stande kommen, und andererseits Venen- und Sinusthrombosen in leichten Fällen von Chlorose, wo von Marasmus und Kachexie nicht entfernt die Rede sein kann.

Nichtsdestoweniger bildet, wie wir bereits hervorgehoben haben, die geschwächte Triebkraft des chlorotischen Herzmuskels einen nicht zu unterschätzenden Factor in der Genese der chlorotischen Thrombose. Daher die Wirkung der Schwerkraft, die Häufigkeit der Thrombose in den Venen der Unterextremitäten und in den Hirnsinus. Vielleicht aber ist dieser Factor mehr ein indirecter, indem die zur Thrombose nothwendigen Texturveränderungen der Intima da am ersten und intensivsten entstehen, wo der Blutstrom abgeschwächt ist.

Ein zweites wichtiges Moment stellen wohl zweifellos Ernährungsstörungen und Texturveränderungen der Intima dar. Schon Virchow hat in seiner berühmten Arbeit über die Chlorose (1872) auf «eigenthümliche, wellen- oder gitterförmige Erhabenheiten der Intima der Aorta» hingewiesen.

Ein dritter, wahrscheinlich sehr wesentlicher Factor liegt in der, freilich noch lange nicht nach allen Seiten hin erkannten chlorotischen Blutbeschaffenheit. Die Behauptung zwar von einer «gesteigerten Gerinnungsfähigkeit», von einer «Vermehrung der fibrinogenen Substanz» im Blute Chlorotischer steht auf ganz hohlen Füssen; aber die Annahme, dass im chlorotischen Blut ein vermehrter Zerfall geformter Blutelemente mit Freiwerden von Fibrinferment statt habe, lässt sich sehr wohl hören. Halla, Hayem, Hanot und Matthieu, Muir, Graeber und Schultze haben in gewissen Fällen von Chlorose eine beträchtliche Vermehrung der bei der Bildung von Thromben so wesentlich betheiligten Blutplättchen nachgewiesen. Man kann sich vorstellen, dass die Blutplättchen und Leukocyten an den Stellen, wo die Intima verändert ist, und namentlich da, wo gleichzeitig der Blutstrom verlangsamt ist (Unterextremität, Sinus), leichter kleben bleiben. Sie zerfallen, scheiden Fibrinferment aus, das die veränderte Intima nicht mehr unschädlich machen kann, und die Gerinnung nimmt ihren Anfang. Wie sich die Anschauungen im Laufe der Zeiten fortschrittlich gestalteten, zeigt beispielsweise Birch-Hirschfeld, welcher die chlorotische Thrombose neuerdings nicht mehr zur einfachen «marantischen» zählt, sondern eine neue, dem Namen nach an die alte Rokitansky'sche Lehre erinnernde Kategorie aufstellt, die der «dyskrasischen Thrombose». Er stellt sich vor, dass bei der Chlorose «durch Ernährungsstörungen an den geformten Blutelementen abnorm reichliche Mengen von Fibrinferment im Blute auftreten können, für deren Unschädlichmachung die unter solchen Verhältnissen selbst veränderte Gefässintima nicht ausreicht»[22]).

Soviel ist sicher: die Ursachen, welche zu chlorotischer Venen- und Sinusthrombose führen, sind verwickelter Natur. Wir haben es hier nicht mit einem, sondern mit mehreren Factoren zu thun, welche zusammentreffen müssen, wenn daraus das Facit der Thrombose hervorgehen soll. Auf diese Weise erklärt es sich auch leicht und einfach, dass nur in ausserordentlich seltenen Fällen von Chlorose, und dabei keineswegs immer in den schwersten Fällen, das Ereigniss der Venen- oder Sinusthrombose eintritt.

Noch ist unser Wissen über das eigentliche Wesen der Chlorose in Dunkel gehüllt. Vielleicht bringt der Lichtstrahl, der einmal in dieses Dunkel leuchten wird, auch neue überraschende Gesichtspunkte für die Erklärung der chlorotischen Thrombose. Der Versuch, diese Erklärung schon heute in das bacteriologische, protozoische oder haematozoische Fahrwasser zu leiten, scheitert an dem gänzlichen Mangel positiver diesbezüglicher Thatsachen.

---

21) Vergl. hierüber Buttersack: «Ueber Capillarthrombose». Zeitschr. f. klin. Med. 1897. 33. 458.

22) Birch-Hirschfeld: Lehrbuch der patholog. Anatomie 5. Aufl., 1896, S. 26.

Aus der chirurgischen Privatklinik des Professor Dr. Kehr zu Halberstadt.

Erster Fall von erfolgreicher Gastroenterostomie wegen angeborener stenosirender Pylorushypertrophie bei einem achtwöchigen Säugling.

Von *W. Abel,* Oberarzt im Infanterie-Regiment No. 27.

Fälle von congenitaler stenosirender Pylorushypertrophie bei Kindern im ersten Lebensjahre finden sich in der Literatur verhältnissmässig selten verzeichnet, und zwar so spärlich, dass Neurath[1]) in einem die bis 1899 erfolgten Veröffentlichungen über diesen Gegenstand zusammenfassenden Referat davon nur 41 zusammenstellen konnte. Fast alle Autoren schätzen die Zahl der thatsächlich vorkommenden Fälle höher und sind der Ansicht, dass das Krankheitsbild häufig nicht genügend beachtet und erkannt wird, dass andrerseits die Symptome zuweilen so wenig prägnant sind, dass man nur von einer eventuellen Section Aufschluss erwarten könnte. Die überwiegende Mehrzahl der an stenosirender Pylorushypertrophie erkrankten Säuglinge ging an den weiteren Folgen der Stenose in mehr minder langer Zeit zu Grunde, ohne dass der Versuch gemacht wurde, durch einen chirurgischen Eingriff das Hinderniss zu heben oder zu umgehen: nur ganz vereinzelt waren die Fälle, in welchen sorgfältigste diätetische Maassnahmen im Verein mit systematischen Magenausspülungen einen zufriedenstellenden Erfolg zu erzielen vermochten (Heubner bei Finkelstein[2]), Henschel[3]), Senator[4])). Von den 41 Fällen waren bisher nur 2 Gegenstand der zuerst von Schwyzer[5]) vorgeschlagenen chirurgischen Behandlung; als Erster machte Meltzer[6]) die Gastroenterostomie, dieselbe hatte aber keinen definitiven Erfolg, da das Kind 30 Stunden nach der Operation starb; denselben ungünstigen Ausgang nahm auch der von Stern[7]) operirte Fall (Gastroenterostomie), das $6^1/_2$ Wochen alte Kind starb in der der Operation folgenden Nacht im Collaps.

Berücksichtigt man also die Seltenheit der angeborenen stenosirenden Pylorushypertrophie an sich, ferner die äusserst geringe Zahl und den unglücklichen Ausgang der bisher operativ behandelten Fälle, so darf der Bericht über einen weiteren Fall wohl von um so grösseren Interesse sein, als es auch der erste ist, in welchem bei einem achtwöchigen Säugling die Gastroenterostomie zu einem glücklichen Ausgang führte. Die Gastroenterostomie nimmt ja in der Casuistik der Laparotomien auch bei älteren Kindern immer noch eine Sonderstellung ein, und es findet sich als jüngster, dem unserigen analoger Fall der von Rosenheim[8]), in welchem bei einem sechsjährigen Knaben gleichfalls die stenosirende Pylorushypertrophie die Indication zur erfolgreichen Gastroenterostomie abgab. Rosenheim hebt in seiner Mittheilung noch hervor, dass zur Zeit seiner Veröffentlichung kein Parallelfall zu dem seinigen existirte.

Ich will in Folgendem zuerst einen kurzen Krankheits- und Operationsbericht geben und dem einige epikritische Betrachtungen und Bemerkungen über die chirurgische Seite des Falles folgen lassen.

Krankengeschichte: Der Knabe P. A. aus Quedlinburg stammt aus gesunder Familie und wog bei seiner Geburt (29. VIII. 1899) 4500 g; er entwickelte sich in den ersten drei Wochen völlig normal (Brustkind) und zeigte keinerlei Krankheitserscheinungen von Seiten des Magendarmcanals. Anfang der 4. Woche — das Kind hatte bis dahin nur 40 g zugenommen — bemerkte die Mutter öfter Kollern im Leibe des Kindes, meist $^1/_2$ Stunde nach dem Trinken; zur selben Zeit machte sich eine hartnäckige, allmählich zunehmende Stuhlverstopfung bemerkbar, gegen welche Abführmittel mit nur geringem Erfolg verordnet wurden. Ende der 4. Woche stellte sich zum ersten Male Erbrechen ein, welches sich dann täglich mehrmals wiederholte. Zumeist erbrach das Kind direct nach der Mahlzeit, nur selten gingen mehrere Mahlzeiten ohne Erbrechen vorüber; nach einer derartigen Pause waren die erbrochenen Mengen stets besonders gross. Stets war das Erbrochene frei von Gallenfarbstoffen. Trotzdem die Nahrungsweise auf das Sorgfältigste geregelt, dann auch verschiedentlich geändert wurde, und trotz mannigfacher medicamentöser Behandlung magerte das Kind sehr rasch ab, das Erbrechen wurde immer häufiger und erfolgte fast nach jeder Nahrungsaufnahme. Der Stuhlgang war äusserst spärlich, nur jeden 3. oder 4. Tag entleerten sich nach Klystieren geringe Mengen. Blähungen hatte das Kind nach Angabe der Mutter gar nicht. Ab und an bemerkte die Mutter eine starke Auftreibung der oberen Bauchhälfte, welche nach reichlichem Erbrechen zu verschwinden pflegte.

Am 24. X. 99 fand das Kind auf Anrathen der Herren Dr. Schrader und Sanitätsrath Dr. Ihlefeldt-Quedlinburg Aufnahme in der Klinik; auf Grund der Anamnese konnte sofort die Diagnose auf Verschluss des Duodenum oberhalb des Choledochus gestellt werden.

Nach mehrtägiger Beobachtung und Untersuchung liess sich folgender Befund feststellen: Blasses, sehr mageres Kind mit faltiger, welker Haut und einem Gewicht von 3500 g (1000 weniger als bei der Geburt). Auf der Wangenschleimhaut, der Zunge und am harten Gaumen starke Soorbildung.

Die in der Vorgeschichte nach Angaben der Mutter und den Mittheilungen der behandelnden Aerzte gemachten Aufzeichnungen über die Magendarmfunctionen trafen völlig zu: nach jedem Trinken Erbrechen, nie Galle im Erbrochenen, hochgradige Stuhlverstopfung, nur auf Glycerinklystiere spärliche Mengen grünschwarzen schleimigen Stuhlgangs. Das Abdomen ist weich, in den oberen Partien etwas aufgetrieben, in den unteren flacher. Zuweilen tritt in der oberen Bauchhälfte ein wurstförmiger quergestellter Tumor auf, welcher die Bauchdecken stark hervorwölbt. Die untere Grenze dieses Tumors überschreitet die Nabelquerlinie nach unten um 1—2 cm. Die linke entspricht etwa der Flexura coli lienalis, die rechte der Flexura hepatica. Der mässig harte Tumor ist elastisch und gibt tympanitischen Schall; man sieht deutlich träge peristaltische Wellen über den Tumor verlaufen, welcher nicht plötzlich in seiner ganzen Grösse entsteht, sondern allmählich (d. h. im Verlauf von Viertelminuten) von der rechten Oberbauchgegend beginnend nach links sich hervorbläht. Der Tumor lässt sich manchmal durch Klopfen oder kurze Stösse gegen das Epigastrium hervorrufen, in einem bestimmten zeitlichen Abhängigkeitsverhältniss zur Nahrungsaufnahme steht er anscheinend nicht. An der rechten Tumorgrenze fühlt man in der Tiefe eine harte, rundliche Resistenz, welche sich gegen ihre Umgebung nicht deutlich abgrenzen lässt, und auch dann, wenn der grosse Tumor wieder verschwunden ist, nicht deutlicher wird.

Es handelte sich unzweifelhaft um einen sich aufblähenden bezw. dilatirten Abschnitt des Magendarmtractus mit sichtbarer Peristaltik. Die Lage und auch die Gestalt des Tumors entsprach eigentlich dem Querkolon und in der That haben wir, ehe die Untersuchung mit der Schlundsonde stattfand, die Diagnose eines Hindernisses am Kolon als nicht unwahrscheinlich hingestellt, um so mehr als bei dem Versuch, das Rectum und Kolon mit Wasser zu füllen, äusserst geringe Quantitäten sich in's Rectum einbringen liessen. Gegen diese Annahme sprach aber die Art des Erbrechens, ferner die für das supponirte Kolon enorme Grösse der Aufblähung und schliesslich als völlig Beweisendes die Sondenuntersuchung und Luftaufblähung des Magens, welche zeigten, dass der betreffende Tumor nichts anderes als der Magen sein konnte. Bei der Aufblähung zeigte sich als besonders auffallendes Moment, dass der Magen sehr weit (bis zur Mitte zwischen rechtem Rippenbogen und Poupart'schem Bande) nach rechts von der Axillarlinie ausgedehnt war. Aus dem Magen liessen sich noch $3^1/_2$ Stunden nach der letzten Nahrungsaufnahme Speisereste ausspülen. Im Mageninhalt fand sich (bei 3 Untersuchungen) nie freie Salzsäure, dagegen jedesmal Milchsäure.

Die Diagnose lautete in Uebereinstimmung mit der der behandelnden Aerzte: mechanisches Hinderniss am Pylorus mit consecutiver Magenektasie, jedenfalls angeborene stenosirende Pylorushypertrophie.

27. X. 99. Operation: Vorsichtige Aethernarkose (Tropfmethode). Die Narkose verläuft ohne Zwischenfälle, die Operation wird auf's Aeusserste beschleunigt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle stellt sich sofort der sehr grosse Magen ein; derselbe reicht auffallend weit nach rechts von der Mittellinie in Folge starker Aussackung des Pylorustheiles des Magenkörpers. Es finden sich nirgends Verwachsungen, abschnürende Stränge, Geschwüre oder Narben.

Der Pylorus repräsentirt einen sofort in's Auge fallenden glatten, rundlichen, sehr harten Tumor von etwa 3,5 cm Länge und ebensoviel Dickendurchmesser. Weder die Kuppe eines kleinen Fingers, noch die geschlossenen Branchen einer gewöhnlichen Korn-

[1]) Die angeborene hypertrophische Pylorusstenose. Centralbl. für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie, 1899, No. 17—19.
[2]) Ueber angeborene Pylorusstenose im Säuglingsalter. Jahrbuch f. Kinderheilk., Bd. 43, S. 105.
[3]) Ueber Magenerweiterung im Säuglingsalter. Arch. f. Kinderheilk., 1891, XIII., S. 32.
[4]) Discussion. Berl. klin. Wochenschr. 1897, No. 2, S. 44.
[5]) Ein Fall von angeborener Hypertrophie des Pylorus. New-Yorker med. Monatsschr., 1896 und 1897.
[6]) Bei Neurath.
[7]) Ueber Pylorusstenose beim Säugling nebst Bemerkungen über deren chirurgische Behandlung. Deutsche med. Wochenschr., 1898, No. 33, S. 601.
[8]) Ueber stenosirende Pylorushypertrophie bei einem Kinde. Berl. klin. Wochenschr., 1899, No. 32, S. 703.

zange lassen sich mit eingestülpter Magenwand durch den Pylorus hindurchschieben.

Gastroenterostomie nach Wölfler mit etwa 35–40 cm langer Jejunumschlinge; der Pylorus ist für eine 3 mm dicke Sonde nicht durchgängig. Die Magenmuscularis ist verdickt, die Schleimhaut mässig geschwollen, Magen- und Darmserosa sind sehr zart und dünn. Fortlaufende Schleimhautnaht, dann Serosaknopfnähte. Dauer der Gastroenterostomie 14 Minuten. Schluss der Bauchwunde mit Durchstichknopfnähten, dazwischen oberflächliche Hautnähte. Verband nur mit Heftpflaster. Gesammtdauer der Operation 40 Minuten.

Weder während noch nach der Operation traten Collapserscheinungen auf, sodass von Kochsalzinfusion oder Darreichung von Stimulantien Abstand genommen werden konnte. Verlauf: Eine Stunde nach der Operation wurden dem Kinde, das in Anbetracht der überstandenen Operation und des schlechten Ernährungszustandes einen guten Eindruck machte, einige Theelöffel Milch gereicht, danach kein Erbrechen.

Am nächsten Tage, 28. X., Morgens und Abends 39,0, Puls 130, kein Erbrechen, Kollern im Leibe, letzterer weich, nirgends schmerzhaft. 2mal Magenausspülung, Magen beide Male leer. Glycerinklystiere, Darmrohr. Das Kind bekommt 2½stündlich die Flasche und trinkt mit grosser Gier. Gegen Abend viel Blähungen und etwas grünschwarzer Stuhlgang. 29. X.: Der Verlauf ist von jetzt an völlig ungestört, die Temperatur normal, der Leib stets weich und nicht aufgetrieben. Das Kind hat täglich 2—3 mal spontan Stuhlgang von guter Farbe und Form, nie Erbrechen. Am 31. X. bekommt das Kind eine Amme und erholt sich nun auffallend rasch. Die Gewichtszunahme betrug nach der 1. Woche 450 g, nach der 2. 200 g.

Am 7. XI. 99 werden die Fäden entfernt, die Operationswunde ist reizlos geheilt. Heftpflasterverband. Bei einer jetzt (11 Tage nach der Operation) etwa 2½ Stunden nach dem Trinken vorgenommenen Magenspülung, werden nur Spuren von Galle, keine Speisereste entleert. Am 9. XI. wird der kleine Patient entlassen.

Das klinische Bild der angeborenen stenosirenden Pylorushypertrophie ist durch die bisher darüber erschienenen Arbeiten (ausser den erwähnten besonders die von Gran[9]), Hirschsprung[10]), Landerer[11]), Maier[12]), Tilger[13]), Demme[14]), Monti[15]),) derart treffend und erschöpfend skizzirt, dass unser Fall demselben keine neue Farben bringen kann, wohl aber sich gut in den charakteristischen Rahmen einpasst und gewissermaassen als Paradigma gelten kann, da er alle prägnanten Symptome in sich vereinigt:

Das hartnäckige, niemals gallige Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme, der auffallend spärliche Stuhlgang, die rapide Abmagerung, die peristaltischen Bewegungen des dilatirten Magens, sowie die harte Resistenz in der Pylorusgegend leiteten ohne Weiteres zu der Auffassung, dass es sich um einen stenosirenden Tumor am Magenausgang (oberhalb der Papilla duodenalis) handelt.

Neue bemerkenswerthe Gesichtspunkte für die Aetiologie und Pathogenese der angeborenen Pylorusstenose zu bringen, ist unser Fall nicht geeignet, und ich sehe davon ab, die in der einschlägigen Literatur niedergelegten Beobachtungen und Hypothesen zu wiederholen.

Sehr auffallend war nur die starke Ausdehnung des Magens nach rechts von der Mittellinie, welche sich sowohl vor, wie während der Operation deutlich nachweisen liess, eine Beobachtung, welche den Mittheilungen von Strauss[16]) entspricht, wonach die Pars pylorica (motorica) des Magens bei einer Stenose am Magenausgang einerseits stärker hypertrophirt, als der übrige Magenkörper, andererseits aber auch bei Erschlaffungszuständen in abnormer Weise sich ausweitet.

Für die Differentialdiagnose des Hindernisses wären in Frage gekommen maligner Tumor oder Ulcus des Pylorus oder Duodenums, ausserdem ein comprimirender Tumor eines Nachbarorgans (Leber, Pankreas, Kolon) — Fälle, die in der Casuistik so enorm selten sind, dass man thatsächlich kaum mit ihnen rechnen und auf Grund der bisherigen Erfahrungen und Beobachtungen wohl stets als Hinderniss die angeborene Stenose annehmen kann.

Nach Stern's[17]) Untersuchungen ist der normale Säuglingspylorus für den kleinen Finger einer Männerhand bequem durchgängig. Stern schlägt vor, klinisch zu unterscheiden zwischen Fällen von absoluter und relativer Stenose, und setzt für die Fälle von absoluter Pylorusstenose eine Pylorusweite von 3 mm und darunter fest. Er stellt die Fälle von absoluter Stenose in Parallele mit dem absoluten Darmverschluss und weist sie sämmtlich dem Chirurgen zu, da ohne Operation die weitere Lebensmöglichkeit gleich Null ist. Demgegenüber ist der Begriff relative Stenose weniger scharf zu präcisiren; hierher wären zu rechnen die angeborenen Verengerungen leichteren Grades, welche nur mässige oder spätere Erscheinungen machen, an sich keine Lebensgefahr bringen und bei sorgfältiger innerer Behandlung günstig verlaufen können. Gefährlich werden diese Stenosen durch rasche Zunahme der Verengerung oder durch Complicationen, als Katarrhe und secundäre Ektasen, und sind dann den absoluten gleich zu achten und zu behandeln.

Von Pfaundler sind betreffs des häufigeren Vorkommens der angeborenen Pylorusstenose bei Säuglingen Zweifel erhoben; nach seiner Auffassung handelt es sich zumeist um eine spastische Contractur der Pylorusmusculatur; er fand bei seinen Leichenuntersuchungen eine ganze Reihe Mägen, deren Dimensionen und deren anatomischer Befund des Pylorusringes makroskopisch und mikroskopisch den histologischen und anatomischen Bildern bei der Pylorusstenose völlig entsprachen (systolische Mägen), ohne dass bei Lebzeiten Krankheitserscheinungen von Seiten des Magens bestanden hätten. Fernerhin spräche für die Annahme eines spastischen Contracturzustandes das zuweilen beobachtete Zurückgehen der klinischen Erscheinungen (Senator, Heubner s. o.), falls solche aufgetreten waren. In Consequenz dieser Anschauungen redet Pfaundler einer inneren Therapie das Wort und verwirft die chirurgische Behandlung. Pfaundler's Einwendungen mögen für manche der veröffentlichten angeborenen Pylorusstenosen zutreffen, in unserem Falle sind wir aber nicht geneigt, einen Pylorospasmus für die schweren klinischen Erscheinungen, die starke Magenektasie, die enge Pylorusöffnung und ganz ausserordentliche, schon vor der Operation tastbare, Verdickung der Pylorusgegend verantwortlich zu machen.

Es handelte sich sicherlich um eine Stenose schwersten Grades (absolute) und es bestand für uns wie für die behandelnden Aerzte kein Zweifel, dass dem elenden Kinde nur noch auf operativem Wege geholfen werden konnte. Auch die Eltern, die den Kräfteverfall trotz der sorgfältigsten Behandlung vor Augen hatten, sahen wohl ein, dass nur durch eine Operation eine Rettung möglich war. In Rücksicht auf den Misserfolg der bisherigen Behandlung und nach Feststellung des eclatanten Befundes schien es uns nicht gerechtfertigt, noch einen weiteren Versuch mit diätetischen Maassnahmen, Magenausspülungen, Umschlägen u. s. w. zu machen, da das Kind absolut nichts mehr zuzusetzen hatte und mit dem geringsten Rückschritt im Kräftezustand die Chancen für das Ueberstehen der Laparotomie rapide sanken. Man kann den Indicationen, welche Stern für die Operation aufstellt, völlig beistimmen und nur noch hinzufügen, es möge — ist einmal die Diagnose angeborene Pylorusstenose gestellt und wird durch die Maassnahmen der inneren Therapie nicht bald deutliche Besserung erreicht — der Zeitpunkt der Operation möglichst früh gewählt werden in Rücksicht auf die an sich geringe und durch die arg beeinträchtigte Nahrungsaufnahme nun ad minimum gesunkene Widerstandsfähigkeit des Säuglings.

Zur Beseitigung bezw. Umgehung des diagnosticirten Pylorustumors kamen in Betracht Loreta's Divulsion, Pyloroplastik, Gastroenterostomie und eventuell Pylorusresection. Die Wichtigkeit der richtigen Wahl der Operation erhellt aus dem Rosenheim'schen Falle, wo zur Beseitigung der Pylorusstenose zuerst eine Pyloroplastik gemacht wurde, wenige Monate später aber

---

9) Bemerkungen über die Magenfunctionen und die anatomischen Veränderungen bei angeborener Pylorusstenose. Jahrb. f. Kinderheilk. 1896, Bd. 43.

10) Fälle von angeborener Pylorusstenose, beobachtet bei Säuglingen. Jahrb. f. Kinderheilk. 1888, 28.

11) Ueber angeborene Stenose der Pylorus. Inaug.-Diss. Tübingen 1879.

12) Beiträge zur angeborenen Pylorusstenose. Virch. Archiv 1885, Bd. 52.

13) Ueber die stenosirende Pylorushypertrophie. Virch. Arch. 1899, Bd. 82.

14) Demme: 19. Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitals in Berlin. 1882.

15) Die Erkrankungen der kindlichen Verdauungsorgane. Wien. Klinik 1897. 23.

16) Vergl. dazu Strauss. Discussion. Berlin. klin. Wochenschr. 1897. No. 2, S. 43.

17) l. c.

wegen unvollkommenen functionellen Resultats bezw. Wiederkehr der alten bedrohlichen Erscheinungen eine Gastroenterostomie ausgeführt werden musste.

Die Pylorusresection dürfte wohl nur in Frage kommen in dem überaus seltenen Falle eines malignen Tumors oder des Verdachts auf einen solchen; betreffs des etwaigen Erfolgs einer derart eingreifenden Operation bei einem Säugling Hypothesen aufzustellen, erübrigt sich, immerhin braucht man sie nicht für unausführbar zu halten. Die Divulsion des Pylorus nach Loreta auszuführen, dazu konnten wir uns in unserem Falle nicht entschliessen. Es erschien, abgesehen davon, dass dieselbe nicht weniger Gefahren mit sich bringt als Gastroenterostomie und Pyloroplastik, doch sehr zweifelhaft, ob sich der überaus starre und so erheblich hypertrophische Pylorus genügend dilatiren liess, und ob die Dilatation auch von Bestand blieb und vor Recidiv schützte. Demgemäss blieb nur die Entscheidung zwischen Pyloroplastik und Gastroenterostomie. Es ist hier nicht die Gelegenheit, das Für und Wider dieser beiden Operationen zu erörtern, ihre Indicationen und functionellen Resultate eingehend abzuwägen und zu schildern. Gegenüber der Pyloroplastik — dieselbe ist in den letzten 10 Jahren in der Klinik des Herrn Professor Kehr 12 mal ohne Todesfall und mit durchweg gutem functionellen Enderfolg (nur in 2 Fällen fanden sich leichte Störungen in der Motilität und dem Chemismus ohne grosse objective Beschwerden) ausgeführt worden — machten sich folgende Bedenken geltend: Der Pylorus war zwar nicht fixirt, aber abgesehen von der enormen Hypertrophie ganz ungewöhnlich starr und fest, so dass in seine Nachgiebigkeit und die Zuverlässigkeit der Naht schwere Zweifel gesetzt werden mussten. Auch der Misserfolg der Pyloroplastik in dem Rosenheim'schen Falle, mag er nun durch äussere stricturirende Adhaesionsprocesse oder durch eine Stenosirung des neuen Pylorus von innen aus bedingt gewesen sein, fügte den geäusserten Bedenken noch neue hinzu.

Demgemäss war schon vor der Eröffnung der Bauchhöhle in unserem Operationsplan die Gastroenterostomie vorgesehen worden — vorbehaltlich des Befundes im Abdomen. Die Erfahrungen über Gastroenterostomie in der diesseitigen Klinik basiren auf 79 Fällen mit einer Mortalität von im Ganzen 17,5 Proc., wobei allerdings zu berücksichtigen bleibt, dass hier die Fälle von für die Radicaloperation ungeeigneten Carcinomen sowie solche miteingerechnet sind, bei welchen die Gastroenterostomie häufig mit Operationen an den Gallenwegen bei sehr decrepiden Patienten verbunden werden musste; bei nicht malignen Magenleiden betrug die Mortalität 4 Proc. Die Frage: welches ist die zweckmässigste Art der Gastroenterostomie und wie verhütet man am besten den gefürchteten Circulus vitiosus? ist zur Zeit noch nicht als gelöst anzusehen, man braucht nur die Verhandlungen des letzten Chirurgencongresses über dies vielerörterte Thema zu lesen, um den differirendsten Ansichten zu begegnen. Wir führen jetzt fast durchweg die v. Hacker'sche Gastroenterostomie aus und haben bei 53 derart Operirten nur 2 mal einen ausgesprochenen Circulus vitiosus gesehen, während dies bei 26 nach Wölfler Operirten 5 mal der Fall war.

Wir haben auch in Anbetracht der im Allgemeinen guten functionellen Dauerresultate nach der v. Hacker'schen Gastroenterostomie keinen Grund, von dieser Methode abzugehen und operiren jetzt nur dann nach Wölfler, wenn der Allgemeinzustand äusserste Beschleunigung der Operation und möglichste Verminderung der Schockgefahr durch Hantiren in der Bauchhöhle erheischt. Desshalb entschlossen wir uns auch bei unserem kleinen Patienten zur Wölfler'schen Gastroenterostomie. Die Ausführung der Operation und besonders der Naht, war durch die Kleinheit der Verhältnisse etwas erschwert, immerhin liess sich die Gastroenterostomie in 14 Minuten erledigen. Bei der Naht, zumal bei den Serosanähten wurde besonders Werth darauf gelegt, einen möglichst schmalen Saum zu fassen, um das an sich schon sehr enge Darmlumen so wenig wie möglich zu verkleinern. Dem Umstand, dass wir mit äusserster Schnelligkeit operirten und jedes unnütze Hantiren in der Bauchhöhle und Eventriren vermieden, glauben wir nicht zum wenigsten den guten Erfolg zuschreiben zu müssen; es ist schon oben erwähnt, dass das Kind weder während noch nach der Operation collabirte. Wir haben schon eine Stunde nach der Operation mit der Ernährung per os angefangen, einmal, um einem Verkleben der neu angelegten Fistel, welches ja doch bei den kleinen Verhältnissen viel eher zu befürchten steht als beim Erwachsenen, möglichst vorzubeugen, hauptsächlich aber, um bei dem elenden ausgehungerten Kinde den Gefahren eines postoperativen Collapses entgegenzuarbeiten. Die Temperaturerhöhung am ersten Tage post operationem, die nichts Gutes ahnen liess, verschwand nach 36 Stunden; von da an war der Verlauf fieberfrei. Bei der Neigung des kindlichen Organismus, auf die geringste Veranlassung mit hohen Temperaturen zu reagiren, ist das Fieber nichts Auffallendes. Natürlich hatte das Peritoneum Stoffe geringer Toxität zu resorbiren, obwohl weder aus dem Darm noch aus dem Magen, der vorher gründlich ausgespült war, Inhalt in die Bauchhöhle geflossen war. Aber die mechanische Reizung des Peritoneum war doch für einen so schwachen Organismus ziemlich intensiv.

Ich bin mir wohl bewusst, dass es verfrüht wäre, jetzt schon von einem endgiltigen Erfolg der Operation sprechen zu wollen, da ja auch nach Monaten noch Erscheinungen auftreten, welche die Leistungsfähigkeit eines solchen operativen Eingriffs in Frage stellen können. Der Zweck dieser Mittheilung war nur der, die spärliche Casuistik der angeborenen stenosirenden Pylorushypertrophie des Säuglings um einen Fall zu vermehren und vor Allem den Beweis zu geben, dass auch in solchen schweren Fällen und bei so minimaler Widerstandsfähigkeit eine Gastroenterostomie ebensogut wie beim Erwachsenen durchführbar und wohl geeignet ist, zum Heil und Segen der kleinen Patienten auszuschlagen.

Zum Schlusse erfülle ich gern die Pflicht, Herrn Professor Dr. Kehr für die gütige Ueberlassung des Falles meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Aus der Universitäts-Augenklinik in Freiburg i. B.

Linsenregeneration beim Menschen?

Von Prof. *K. Baas*, Assistenten der Universitäts-Augenklinik zu Freiburg i. B.

Am 19. October 1899 stellte sich in der Poliklinik die jetzt 62 Jahre alte A. Sch. wegen Abnahme des Sehvermögens vor; die Untersuchung ergab einen so eigenthümlichen und seltenen Befund, dass eine Mittheilung und Besprechung im Hinblick auf das neuerdings wieder actueller gewordene Thema der Linsenregeneration gerechtfertigt erscheint.

Patientin hatte zuerst im Jahre 1872 eine fortschreitende Abnahme des Sehvermögens des rechten Auges bemerkt; 1874 suchte sie in der hiesigen Klinik Hilfe. Damals wurden in der Zeit vom März bis Juni fünf Discissionen ausgeführt, von welchen die letzte dadurch nothwendig geworden war, dass nach Resorption der eigentlichen Cataract eine Kapseltrübung sich gebildet hatte, die das Pupillargebiet fast vollständig überlagerte. Es gelang, die Kapsel von ihren Verbindungen nach oben abzureissen, so dass die Pupille bis gegen unten vollständig frei wurde. Das Sehvermögen betrug dann etwa $\frac{1^1/_2-2-2^1/_2}{6}$ mit Staarglas.

Im Jahre 1896 kam die Patientin nochmals zur Aufnahme, um sich den bereits früher in der Entwicklung beobachteten, jetzt verkalkten Staar des linken Auges operiren zu lassen; dabei ergab die Untersuchung des hier allein interessirenden, rechten Auges, dass hinter der Iris, bereits etwas über den Pupillarrand hervorragend eine weissliche Kapselverdickung lag. Die Augenspiegeluntersuchung liess besondere Veränderungen nicht erkennen; auch hatte sich das Sehvermögen auf seiner früheren Höhe von $\frac{2^1/_2}{6}$ gehalten.

Bei der diesmaligen Vorstellung aber gab Patientin an, dass sie weniger sehen könne als früher, und durch einen dunklen Fleck vor ihrem Auge behindert werde. Die Sehprüfung erwies ein Absinken des Sehvermögens auf etwa $\frac{1-1^1/_2}{6}$.

Hinter der Iris zeigte sich nun, im Umkreis der durch Atropin erweiterten, etwa vertical oval gestalteten Pupille hervortretend, eine weissliche Kapselverdickung; je mehr nach oben

aussen hin, desto derber und dicker wurde die Neubildung, welche an der genannten Stelle allmählich zu einem Zapfen sich formirte, der nach innen und hinten stark in den Glaskörperraum hinein vorsprang. Am Ende dieses, etwa mit einem Stiel vergleichbaren Fortsatzes sass vorn ein beträchtlich über stecknadelkopfgrosser, rundlich aussehender Knopf; das Ganze konnte etwa als einer ausgestülpten Cysticercusblase ähnlichsehend bezeichnet werden.

Schon in dem Stiel konnte ein nach vorn gelegener, durchleuchtbarer Theil von der dahinter befindlichen, derbgrauweisslichen Wand geschieden werden; letztere, gewissermaassen das Gerüst der gesammten Bildung, endete mit einer rundlichen Anschwellung in dem beschriebenen Endknopfe, den ich der Kürze halber als die «neue Linse» bezeichnen will. In dieser stellte jene Anschwellung gewissermaassen den Kern vor, um welchen herum, in von dem Stiele aus zunehmender Dicke, durchsichtige Substanz gelagert war; das Ganze erschien als eine von vorn her abgeplattete Kugel mit regelmässiger Begrenzung. Letztere liess in ihrem «Aequator» auch bei entsprechender Beleuchtung den goldgelb-glänzenden Reflexring erkennen, der uns von der herausgenommenen oder luxirten Linse bekannt ist.

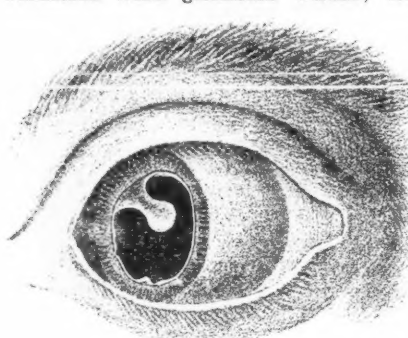


Fig. 1.

Die «neue Linse» schien um mehr als die Tiefe der vorderen Kammer hinter der Iris zu liegen; wurde Licht mit dem Spiegel in das Auge geworfen, so machte bei befohlenen Augenwegungen der undurchsichtige «Kern» entgegengesetzte Excursionen.

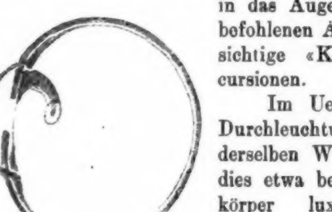


Fig. 2.

Im Uebrigen erwies sich bei der Durchleuchtung jene Neubildung als in derselben Weise durchsichtig, wie wir dies etwa bei einer frisch in den Glaskörper luxirten Linse beobachten können. Jedoch war es nicht möglich, die im umgekehrten Bild eingestellte Papille doppelt zu sehen; am Rande der «neuen Linse» verschwand sie hinter derselben, und man erhielt nur einen guten, rothen Reflex.

Der Glaskörper war leicht diffus getrübt und enthielt eine Menge beweglicher Flocken; ausser der etwas unregelmässig gestalteten Papille konnte nur eine beträchtliche, jedoch nicht gerade als krankhaft imponirende Pigmentirung des Chorioidealstromas festgestellt werden.

Ich habe versucht, in Fig. 1 den Befund darzustellen, wie er sich bei der der Betrachtung günstigsten, starken Lateralwendung des Auges wahrnehmen liess; Fig. 2 soll einen schematisch construirten, durch die Achse des Stieles und der «neuen Linse» gelegten Durchschnitt geben, welcher natürlich den thatsächlichen Verhältnissen nicht genau entsprechen muss, vielleicht aber dennoch zur Verdeutlichung der Beschreibung beiträgt. —

Wenn wir das Beobachtete überblicken, so sehen wir also, dass es sich um ein Auge handelt, in welchem frühzeitig eine Cataract sich entwickelt; halten wir dies zusammen mit der später sich herausstellenden Glaskörpertrübung und -Verflüssigung, wobei des ophthalmoskopischen Befundes der stark pigmentirten Aderhaut noch gedacht werden kann, so ist es wohl wahrscheinlich, dass die Ursache der Staarbildung in einem chronischen Leiden der Uvea gesucht werden muss.

Der Staar wird durch Discission entfernt; schon anfänglich ist eine beträchtliche Kapselverdickung zu beobachten, der gegenüber eine letzte Discission erfolgreich in's Feld geführt wird. Später entwickelt sich dann nochmals eine Kapselverdickung umschriebener Art, von welcher aus die Neubildung eines gestielten, linsenähnlichen Organs in den Glaskörper hinein erfolgt.

Sehen wir nun zunächst nach, was über Neubildung von Linsen bisher bekannt geworden ist!

In dieser Beziehung ist in Ueberstimmung mit Röthig[1]) eine Scheidung vorzunehmen, je nachdem wir es mit Augen zu thun haben, in welchen die Linsenkapsel zurückgeblieben, oder aus welchen sie herausgenommen worden ist. Und wenn auch der letzgenannte Fall in Hinsicht auf den Menschen bis jetzt wenigstens uns unmittelbar nichts angeht, so mag dennoch, nur des ausserordentlichen, wissenschaftlichen Interesses wegen, vorerst der experimentellen Untersuchungen gedacht werden, wie sie in neuester Zeit mit übereinstimmenden Ergebnissen von verschiedenen Forschern angestellt worden sind.

Unabhängig von V. Colucci[2]), aber die Angaben dieses Autors bezüglich der Linse bestätigend, hat in Deutschland zuerst G. Wolff[3]) dargethan, dass sowohl bei der Larve als auch bei dem ausgewachsenen Triton die entfernte Linse regenerirt werde durch eine von dem retinalen Blatte der Iris ausgehende Neubildung. Durch zahlreiche Abbildungen hat dann E. Müller[4]) genauer den Vorgang versinnbildlicht, wie zunächst eine Verdickung des hinteren, epithelialen Belages der Regenbogenhaut unter alsbald eintretender Entfernung des normaler Weise diesen Zellen eigenthümlichen Pigmentes sich einstelle. Aus der Verdickung wird eine Falte, daraus ein Säckchen, in welchem das vordere, cubische Epithel sich sondert von den hinteren, zu Fasern auswachsenden Zellen; entsprechend den sonst bekannten Vorgängen bei der gewöhnlichen Linsenentwicklung bildet sich nach Abschnürung des Stieles die spätere, schalenartige Lagerung der Fasern um einen Kern aus, so dass schliesslich das neue Organ völlig einer normal entstandenen und entwickelten Linse entspricht.

Unter weiterer Bestätigung der Befunde bei Triton hat dann Röthig für die Forelle den gleichen Vorgang wahrscheinlich gemacht; und Koch[5]) glaubt auch für die Kaulquappe die Linsenregeneration nach demselben Modus annehmen zu dürfen.

Den Verhältnissen der menschlichen Pathologie entsprechen die Versuche, bei welchen Thieren die Linse durch Reclination oder Extraction aus der Kapsel, resp. aus dem Auge entfernt worden, die Kapsel aber an ihrer Stelle belassen worden war. In dieser Weise ist von Cocteau und Leroy d'Etiolles[6]), Textor[7]), Valentin[8]), Milliot[9]), Gayat[10]), Cadiat[11]), Philipeaux[12]), Gonin[13]) verfahren worden; Versuchsthiere waren Kaninchen, Katzen, Hunde, Schafe, Schweine, Meerschweinchen, sogar ein Stier. Dabei wurden insbesondere bei jungen Kaninchen die Beobachtungen angestellt; ein Theil der Autoren lieferte auch mehr oder minder brauchbare mikroskopische Beschreibungen und Abbildungen. Zusammenfassend kann als Ergebniss aller dieser Untersuchungen Folgendes bezeichnet werden.

Nach Entfernung der Linse, wobei ausser Fasern das Epithel der vorderen Kapsel stets in dieser zurückbleibt, bildet sich, hauptsächlich in den äquatorialen Theilen des Kapselsackes und von da

---

[1]) P. Röthig: Ueber Linsenregeneration. Inaug.-Diss., Berlin, 1898.

[2]) V. Colucci: Sulla rigenerazione parziale dell'occhio nei Tritoni. Mem. Accad. Bologna, I., 1891.

[3]) G. Wolff: Entwicklungsgeschichtliche Studien. Arch. f. Entwicklungsmechanik. I., 1895.

[4]) E. Müller: Ueber die Regeneration der Augenlinse nach Exstirpation derselben bei Triton. Arch. f. mikroskop. Anatom. 47. Bd., 1896.

[5]) W. Koch: Versuch über die Regeneration inn. Organe bei Amphibien. Arch. f. mikrosk. Anatom., 48. Bd., 1897.

[6]) Cocteau et Leroy d'Etiolles: Expériences à la régénération du cristallin. Journ. de physiologie par Magendie. VII. 1877.

[7]) Textor: Ueber die Wiedererzeugung der Krystalllinse. In.-Diss. Würzburg 1842.

[8]) Valentin: Mikroskopische Untersuchung zweier wiedererzeugter Krystalllinsen des Kaninchens. Zeitschr f. ration. Medic. I. 1844.

[9]) Milliot: De la régénération du cristallin chez quelques mammifères. Journ. de l'anat et de la physiol. 1872.

in manchen Fällen bis in die Pupillenmitte reichend, eine neuerliche Verdickung durch ein frisch entstehendes Gewebe; dieses erfüllt den Kapselsack wieder bis zu einem gewissen Grade, wobei jedoch kaum jemals die Masse des ursprünglichen Linsengewebes erreicht wird. Was die Form der neugebildeten Substanz anlangt, so ist niemals eine vollkommene, der Norm entsprechende Linien-Gestalt gefunden worden, im günstigsten Falle lag ein scheibenartiges Product vor; meist aber handelte es sich um ring- oder hufeisenförmige oder nach Art eines ⊓ gestaltete Gebilde. Oder es lagen verschieden grosse, bogenförmige Stücke etwa im Umkreis des früheren Linsenäquators. Was die Function der betreffenden Augen anlangt, so wurde in den darauf untersuchten Fällen beobachtet, dass die Thiere bei Verband des gesunden Auges mit dem operirten sehr viel schlechter sahen; und wo über eine Augenspiegeluntersuchung berichtet wird, da heisst es, dass der Hintergrund, in Sonderheit die Pupille schlecht oder verzerrt zu sehen gewesen wäre, was auch bezüglich der entstehenden Netzhautbilder einen entsprechenden Schluss zu ziehen erlaubt.

Die mikroskopischen Untersuchungen ergaben, dass die gefundenen, durchsichtigen Gebilde Fasern enthielten, welche kürzer, dafür breiter waren als normale Linsenfasern; dass diese Elemente meist einer regelmässig übereinstimmenden Gestalt und Lagerung entbehrten, während zwischen ihnen Faserfragmente, formlose, gerinnende Flüssigkeit u. a. sich fanden. Daneben bestanden eigentliche, kapselstaarige Wucherungen.

Kurz, die «neugebildeten Linsen» stellten, wie schon Becker in seinem Referat über die Arbeit von Milliot bemerkt, nichts Anderes dar, als was seit Sömmering's Untersuchungen als der sogen. Krystallwulst in aphakischen, menschlichen Augen längst bekannt war.

Dass dabei eine Neubildung von, den normalen Linsenfasern ähnelnden Elementen und zwar an dem gewöhnlichen Orte, nämlich dem Linsenäquator stattfindet, ist keinenfalls zu leugnen; es ist ferner klar, dass dieser Process um so ergiebiger erfolgt, je jünger das Versuchsthier, und je länger der zwischen Versuch und der anatomischen Untersuchung verfliessende Zeitraum ist. Sofern wir aber unter Regeneration einen Vorgang verstehen, durch welchen ein Organ gebildet wird, welches das verloren gegangene wirklich zu ersetzen vermöchte, ist dieser Begriff auf die Ergebnisse der Thierversuche und Beobachtungen nicht anwendbar, indem die entstandenen Gebilde weder rücksichtlich der Form, noch was die Function anlangt, als «Linsen» bezeichnet werden können.

Hat aber etwa die menschliche Pathologie bisher eine Linsenregeneration nachweisen können?

Während die zweite Hälfte unseres Jahrhunderts über diesen Punkt völlig schweigt, hat Textor in seiner oben angeführten Dissertation aus der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts mehrere Angaben zusammenstellen können; alle diese aber bestätigen nur, dass auch hier es sich um Krystallwulstbildungen handelte.

Meine Beobachtung stellt ein Unicum dar; hier ist, wie es scheint, ein Organ in Bildung begriffen, welches eine mehr linsenähnliche Form hat, durchsichtig ist, über dessen Lichtbrechung und eventuelle Functionsfähigkeit aber zur Zeit ein Urtheil nicht gewonnen werden kann.

Bei seiner Entstehung wird man in Uebereinstimmung mit den Thierversuchen in Betracht ziehen müssen, dass so frühzeitig eine, wenn auch cataractöse Linse entfernt und dadurch den Kapselepithelien die Möglichkeit gegeben wurde, in Hyperplasie zu gerathen. Da bei der Untersuchung im Jahre 1896 das linke Auge im Vordergrunde des Interesses stand, so wäre es möglich, dass das rechte Auge nicht genauer untersucht wurde, als es zur Feststellung des angegebenen Nachstaares nothwendig war; vielleicht aber war der Zapfenfortsatz nach hinten noch zu klein, als dass er ohne besonders darauf gerichtete Aufmerksamkeit hätte gefunden werden können. Die Spiegeluntersuchung ergab ja «nichts Besonderes».

Als Ursache der ungewöhnlichen Neubildung aber können wir vielleicht ebenfalls die doch wohl anzunehmende Alteration der Uvea vermuthen, welche ja noch jetzt in dem Auftreten der Glaskörpertrübung sich zeigt; durch sie wird der Reiz gegeben, der eine so starke «Regeneration» hervorrief.

Nur Vermuthungen könnten wir darüber anstellen, wesshalb es hier zu der eigenthümlichen Zapfengestalt gekommen ist; ob ferner auch eine neue Kapsel geschaffen, oder nur die alte nach und nach herbeigezogen werde. Eher ist es verständlich, dass von einem gewissen Punkte aus die Neubildung die bestimmtere Form einer, wie es scheint, durch Kugelflächen begrenzten Linse annahm; vielleicht ist hierbei die eintretende Glaskörperverflüssigung von Bedeutung gewesen, indem durch sie gewisse Wachsthumswiderstände behoben werden.

Die Hauptfrage aber bleibt, ob wir den Vorgang als eine richtige Linsenregeneration auffassen dürfen oder nicht.

Zur Beantwortung fehlt als wichtiges Glied die Kenntniss des Baues der Neubildung, ob den normalen entsprechende Fasern, und ob diese in richtiger Anordnung vorhanden sind. Als am wahrscheinlichsten werden wir vorerst annehmen müssen, dass auch unser Fall keine Ausnahme machen wird von dem seither an Menschen und Thieren Beobachteten, dass also zu der mangelhaften Form und Function der pathologische Aufbau hinzu kommt. Dann aber werden wir in unserem Befund gleichfalls nur eine sehr weitgediehene und eigenartige, durch die besonderen Bedingungen veranlasste Krystallwulstbildung erblicken.

Und wenn wir uns daran erinnern, dass wir Neubildungen, welche in so excessiver Weise sich ausdehnen, in ein anderes Gewebe eindringen und dasselbe beeinträchtigen, verdrängen oder gar zerstören, mit dem Namen der Geschwülste belegen, so erscheint es gar nicht so ungereimt, auch hier an eine, allerdings bis jetzt vollkommen vereinzelte Form eines Tumors zu denken, für welche dann eine neue Benennung, etwa Lentom, zu statuiren wäre.

[10]) Gayat: Experimentalstudien über Linsendegeneration. Klin. Monatsbl. f. Augenheilkde. 1873. S. 453, u. Nagel, Jahresbericht f. Ophth. Bd. 6. 1875.

[11]) Cadiat: Du cristallin, anatomie et developpement, usages et régénération. Vgl. Nagel's Jahresber. 1876. S. 77.

[12]) Philipeaux: Sur la rétablissement de la vision etc. Vgl. Nagel's Jahresber. 1879. S. 14.

[13]) Gonin: Étude sur la régénération du cristallin. Ziegler's Beiträge. XIX.

Aus der kgl. Universitäts-Ohrenklinik des Geh. Medicinalrathes Prof. Dr. Schwartze.

Eine neue Methode der Plastik nach der Totalaufmeiselung der Stirnhöhle wegen Empyems.*)

Von Dr. med. *K. Grunert*, Privatdocent und I. Assistent der Klinik.

Die einfache Eröffnung der Stirnhöhle mit Einlegen eines Drains nach aussen und nach der Nase zu in solchen Fällen von Stirnhöhlenempyem, welche bei einer endonasalen Behandlung nicht zur Ausheilung kommen, hat vor den radicaleren Operationsmethoden den unverkennbaren Vortheil, dass nach erfolgter Heilung von einer Entstellung durch eine zurückbleibende, tief eingezogene Narbe nicht die Rede ist. Dieser Vorzug ist bei der Oertlichkeit der zurückbleibenden Narbe nicht hoch genug zu schätzen.

Leider hat die klinische Erfahrung gezeigt, dass diese Operationsmethode für eine Reihe von Empyemfällen nicht genügt, um eine dauernde Heilung herbeizuführen. Es sind dies die Fälle von hochgradigen Veränderungen der Schleimhaut und secundärer Erkrankung der knöchernen Höhlenwand; wenn die Schleimhaut in ein dickes Granulationspolster umgewandelt oder gar partiell oder total nekrotisch geworden ist, und wenn secundäre Ernährungsstörungen des die Unterlage der Schleimhaut bildenden Knochens in Form von Nekrosen zum sichtbaren Ausdruck gelangt sind. In diesen Fällen sind die radicaleren Operationsmethoden am Platze, denen die Idee zu Grunde liegt, die Stirnhöhle durch breiteste Eröffnung und vollkommene Ausräumung ihres pathologischen Inhaltes zur vollständigen Verödung zu bringen. Die Heilungsresultate der radicaleren Operationsmethoden, unter welchen der Methode des Königsberger

*) Nach einem Vortrag, gehalten im Aerzteverein zu Halle.

Ophthalmologen Kuhnt[1]) die Palme gebührt, sind so günstig wie möglich, freilich muss man mit diesen guten Resultaten gewöhnlich eine Verunzierung des Gesichtes durch eine tief eingezogene Narbe mit in Kauf nehmen. Die Kuhnt'sche Methode zeigt ja nun ihre Ueberlegenheit vor den anderen Methoden auch darin, dass nach ihrer Anwendung am wenigsten nach erfolgter Heilung von einem kosmetischen Defect durch Narbenentstellung gesprochen werden kann, indess sprechen berufene Beurtheiler der einschlägigen Frage, wie z. B. Hajek, auch diese Methode nicht ganz frei von «kosmetisch erträglicher Verunstaltung». (Pathol. u. Ther. der entzündl. Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Leipzig u. Wien 1899. S. 169.)

So bleibt es denn, nachdem die Entwicklung der operativen Behandlung des Stirnhöhlenempyems besonders durch Kuhnt's Verdienst an einem Stadium angelangt ist, dass in Beziehung auf die Heilungsresultate kaum etwas zu wünschen übrig bleibt, der Zukunft überlassen, Methoden der Plastik auszubilden, welche es ermöglichen, den Endausgang auch nach der kosmetischen Seite hin zu einem möglichst vollkommenen zu gestalten.

Nicht die Narbe ist es, von welcher wir bei der in Rede stehenden Gesichtsgegend eine Entstellung zu fürchten haben — bei zweckmässiger Schnittführung fällt dieselbe ja in das Bereich der sie deckenden Augenbrauen — sondern lediglich die tiefe Einziehung der Narbe, der Niveauunterschied zwischen Stirnhöhlengegend und der darüber gelegenen Stirn sind es, welche den kosmetischen Defect bedingen.

Daher haben wir vornehmlich unser Augenmerk darauf zu richten, das Zustandekommen dieser Einsenkung zu vermeiden.

Der folgende Fall scheint uns der Veröffentlichung werth, weil es gelang, durch eine besondere Art der Plastik ein in kosmetischer Hinsicht denkbar günstiges Resultat zu erzielen und zwar bei einer Heilung der Stirnhöhlenwunde prima intentione.

Der Fall ist der folgende:

Ein 30jähriger Mann litt an combinirtem Empyem der rechten Highmorshöhle, der rechten Stirnhöhle und des rechten Siebbeinlabyrinths. Die Nebenhöhleneiterung bestand zur Zeit der Aufnahme länger als ein Jahr und war entstanden im Anschluss an einen specifischen Influenzaschnupfen.

Ich übergehe die diagnostische Seite des Falles, sowie die Begründung der Frage, wesshalb wir von einem Versuche, der Nebenhöhleneiterung durch eine endonasale Behandlung Herr zu werden, Abstand nahmen und uns sofort zu einer breiten Eröffnung der erkrankten Nebenhöhlen entschlossen.

Nach breiter Eröffnung des Antrum Highmori von der Fossa canina aus wurde die Stirnhöhlenoperation nach der Methode von Kuhnt (l. c.) vorgenommen.

Der Sinus frontalis enthielt eingedickten foetiden Eiter, die Schleimhaut war in ein dickes Granulationspolster umgewandelt, der Zugang zur Nase war vollkommen durch Granulationen verlegt. Die Schleimhaut liess sich nach breitester Eröffnung der Stirnhöhle mit Leichtigkeit in toto entfernen, so dass der noch übrig gebliebene Theil der knöchernen Stirnhöhlenwand vollkommen weichtheilentblösst vor unseren Augen lag.

Makroskopisch liessen sich keine Veränderungen der knöchernen Stirnhöhlenwand entdecken. Hierauf wurde durch Fortnahme eines Stückes der medianen Höhlenwand ein breiter Zugang zum Siebbeinlabyrinth geschaffen. Dasselbe erwies sich in ausgedehnter Weise erkrankt.

Die Mehrzahl der Siebbeinzellen enthielt confluirten Eiter, in einzelnen Zellen fand sich nur eine verdickte, eitrig infiltrirte Schleimhaut. Mehrfach waren durch Einschmelzung der die einzelnen Zellen trennenden Knochensepta grössere, flüssigen Eiter enthaltende Hohlräume entstanden, auch Nekrose der die einzelnen Zellen trennenden Knochenblättchen wurde an einzelnen Stellen festgestellt. Exenteration des rechten Siebbeinlabyrinthes, soweit es sich als erkrankt erwies.

Der Umstand, dass nach breiter Eröffnung der Stirnhöhle und Ausräumung der degenerirten Schleimhaut die knöcherne Stirnhöhlenwand krankhafte Veränderungen nicht aufwies, legte uns den Gedanken nahe, die aus der Stirnhöhle gebildete muldenförmige Vertiefung dadurch auszugleichen, dass sie mit Weichtheilen ausgefüllt wurde, zugleich aber die hierzu nothwendige Plastik so einzurichten, dass eine Heilung der Stirnhöhlenwunde prima intentione möglich war.

Dieses Ziel wurde durch folgende Art der Plastik erreicht:

An beiden Enden des horizontalen Margo supraorbitalis-Schnittes wurde in der Länge von etwa 2—3 cm jederseits ein verticaler Schnitt nach oben, d. h. nach der Stirn zu angelegt. Durch diese 2 Schnitte und den horizontalen, dem Margo supraorbitalis entsprechenden Schnitt wurde ein rechteckiger Hautbezirk begrenzt, welcher durch Unterminirung von unten nach oben zu einem rechteckigen Lappen umgebildet wurde, dessen Basis nach oben lag, und dessen freies untere Ende dem Margo supraorbital-Schnitte entsprach.

Dieser Lappen konnte mit Leichtigkeit nach unten gezogen werden, so dass er in die Stirnhöhlenmulde zu liegen kam, dieselbe schon wesentlich flacher machend. Ein entsprechender Lappen wurde vom unteren Wundrande aus gebildet. Sein freies Ende ragte nach oben. Dieser Lappen wurde in der Richtung von unten nach oben so in die Stirnhöhlenvertiefung gelegt, dass er auf den oberen Lappen zu liegen kam und auf demselben, der vorher mittels eines Scalpells seiner Epidermisschichte entkleidet war, durch Nähte fixirt werden konnte. Um die Adaption des von unten heraufgezogenen Lappens an den oberen zu einer möglichst vollkommenen zu machen, war der untere Lappen zuvor keilförmig zugespitzt worden.

Auf diese Weise war die aus der Stirnhöhle entstandene Mulde vollkommen ausgeglichen, die ausgleichenden Weichtheile hatten eine Epidermisdecke und es war zu hoffen, dass eine Heilung prima intentione der Stirnhöhlenwunde eintreten würde. Der Zugang zu der Siebbeinhöhle wurde durch einige Nähte der äusseren Wunde verkleinert und ein Drainrohr eingelegt.

Das Resultat dieser Operation war das folgende: Die Naseneiterung sistirte sofort; die Stirnhöhlenwunde heilte per primam; das Siebbeindrain wurde bei jedem Verbandwechsel successive verkleinert, in 14 Tagen war auch die Siebbeinwunde fest vernarbt.

Der Bestand der Heilung wurde nach einem Vierteljahre controlirt. Das Resultat liess in kosmetischer Hinsicht nichts zu wünschen übrig, insbesondere war von einer Verzerrung des oberen Augenlides durch Narbenzug, deren Möglichkeit wir in den Kreis unserer Erwägungen gezogen, nichts zu bemerken.

Wir halten diese Methode der Plastik nur unter günstigen Bedingungen für Erfolg versprechend, nämlich dann, wenn die Stirnhöhle nicht zu tief ist, und wenn das Empyem nicht zu secundären Veränderungen der knöchernen Höhlenwand geführt hat.

[1]) Kuhnt: Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände. Wiesbaden 1895.

Aerztliche Standesangelegenheiten.

Zum Neubau einer medicinischen Klinik in Kiel.

Man schreibt uns aus Kiel unterm 22. ds.:

Mit wachsender Erregung verfolgt man hier die Entwicklung einer Angelegenheit, die seit mehreren Monaten die betheiligten Kreise auf das Lebhafteste beschäftigt: die bekannten Differenzen zwischen dem preussischen Cultusministerium und dem Director der medicinischen Klinik, Geheimrath Quincke, wegen des Neubaues einer medicinischen Klinik. Gewinnt es doch fast den Anschein, als ob die Entscheidung der maassgebenden Behörden für die Kieler Hochschule den Verlust eines Forschers und Klinikers herbeiführen soll, den sie mit Stolz zu den ihrigen zählt, der als Einer der Ersten seines Faches überall geschätzt ist. Unglaublich und unverständlich wird jedem Unparteiischen ein solcher Ausgang sein, wenn er den ganzen Verlauf des Falles kennt[1]); zur Aufklärung und zur Abwehr falscher Darstellungen scheint es — leider! — endlich einmal nöthig zu sein, denselben der Oeffentlichkeit zu unterbreiten.

Die Räumlichkeiten der Kieler medicinischen Klinik genügten schon lange nicht mehr den Anforderungen, welche an sie gestellt werden mussten, weder die für die Aufnahme und Behandlung der Kranken bestimmten, noch der Hörsaal, noch die Arbeits- und Laboratoriumsräume. Bezüglich letzterer wurden Prof. Quincke zwar vor über 10 Jahren gelegentlich eines Rufes nach Königsberg, den er ablehnte, Verbesserungen versprochen, die aber nicht

[1]) Verfasser ist aus langjährigen Beziehungen zu den Kliniken mit diesen Verhältnissen vertraut.

ausgeführt wurden, Als besonders unzureichend erwies sich zunächst der Hörsaal und es wurde schon 1888 der Antrag auf Neubau eines Auditoriums gestellt. Gleichzeitig erfolgte ein ebensolcher Antrag von dem Director der chirurgischen Klinik für Zwecke der letzteren. Im Etat für 1893/94 wurde dann die Herstellung eines neuen Operationssaales für die chirurgische Klinik beantragt. In den Erläuterungen zu diesem Titel des Etats (Anlagen zum Staatshaushaltsetat 1893/94, Bd. II, No. 21, Beil. 18) werden nach Darlegung der völlig ungenügenden Zustände der Kliniken die Mittel der Abhilfe erwogen. Der Bericht sagt dann:

«Dieses Ziel lässt sich aber ohne Kostensteigerung dadurch erreichen, dass . . . . für eine der beiden Kliniken ein neues Gebäude hergestellt wird, welches ausser dem Hörsaale mit Nebenräumen und ausser den poliklinischen Räumen die erforderlichen Krankenräume enthält, dass das akademische Krankenhaus aber der anderen Klinik ausschliesslich überwiesen und für deren Bedürfnisse entsprechend erweitert wird. Als Bauplatz für einen solchen Neubau können nach der Oertlichkeit nur die zu den Dienstwohngebäuden der Directoren der beiden Kliniken gehörigen Gärten in Betracht kommen. Zu diesem Zwecke würden diese Dienstwohnungen bei geeigneter Gelegenheit einzuziehen sein. Dabei würde es angängig sein, diese beiden Gebäude für klinische Zwecke zu verwenden. Diese Erwägungen haben zu folgenden Plänen geführt: Die medicinische Klinik wird aus dem akademischen Krankenhause heraus verlegt. Zu dem Zwecke wird für sie in den genannten Gärten ein Neubau mit den erforderlichen Unterrichts-, Wirthschafts- und Krankenräumen hergestellt. — Das akademische Krankenhaus wird ausschliesslich der chirurgischen Klinik überwiesen und behufs Gewinnung eines neuen Operationssaales — durch einen Anbau an der Westseite erweitert.»

Der beantragte Operationssaal für die chirurgische Klinik wurde auch gebaut, für die medicinische Klinik blieb vorläufig Alles beim Alten. Prof. Quincke verzichtete nun im Herbst 1893 auf seine Dienstwohnung, «im Interesse der medicinischen Klinik» und erreichte dadurch, für den Augenblick wenigstens, ein Laboratorium im Hauptgebäude, dadurch, dass der hier wohnende Krankenhausinspector im Dienstwohngebäude untergebracht werden konnte, daneben — auch sehr nothwendig! — bessere Unterbringung der Assistenten, Schwestern und Wärterinnen. Die übrigen Mängel nahmen im Laufe der Jahre wahrlich nicht ab. Besonders führte die stetig zunehmende Frequenz der Hörer bezüglich des Auditoriums zu ganz unleidlichen Zuständen.

Endlich wurde im Extraordinarium des Cultusetats für 1898/99 eine erste Rate von 120000 M. zum Neubau der medicinischen Klinik gefordert. In der Begründung heisst es (nach dem Abdruck in der Kieler Zeitung vom 18. Januar 1898):

«Nach amtlichen Mittheilungen, die schon vor 5 Jahren erfolgten, besteht die Absicht, die medicinische Klinik aus dem akademischen Krankenhause, in welchem sie zur Zeit mit der chirurgischen zusammen untergebracht ist, zu verlegen und für sie in den zu den Dienstwohnungen der Directoren der beiden Kliniken gehörigen Gärten einen Neubau mit den erforderlichen Unterrichts-, Wirthschafts- und Krankenräumen herzustellen, soweit solche nicht in der neuen chirurgischen Baracke und den beiden Dienstwohngebäuden nach einem entsprechenden Umbau untergebracht werden können. Die weitere Prüfung dieses Planes hat ergeben, dass der genannte Neubau am zweckmässigsten im Garten des Directors der medicinischen Klinik errichtet wird, obschon zu dem Zwecke der Abbruch des hier befindlichen Dienstwohngebäudes erforderlich ist. Da letzteres als solches nicht mehr verwendet wird und andererseits der Neubau der Klinik ein dringendes Bedürfniss ist, so wird beabsichtigt, diesen Neubau schon jetzt ausführen zu lassen, obgleich das Dienstwohngebäude des Directors der chirurgischen Klinik zur Zeit als solches noch weiter benutzt wird, soweit die Ausführung ohne letzteres möglich ist — — —.»

Dieses Project eines Neubaues, der so lange schon als dringend nothwendig erkannt, seit 5 Jahren geplant ist auf dem einzigen nach der Oertlichkeit in Betracht kommenden Platz, endlich von allen maassgebenden Factoren angenommen ist, wird in letzter Stunde umgestossen! Warum? Wie anfänglich gerüchtweise, später bestimmt verlautete, einzig und allein auf Grund eines plötzlichen Einspruches Seitens des Herrn Prof. v. Esmarch.

Prof. v. Esmarch behauptet (nach Aussage seiner Freunde), es sei ihm im Jahre 1867 als Gegengabe dafür, dass er einen Ruf nach Heidelberg abgelehnt habe, unter anderem zugesichert worden, dass er auf Lebenszeit in der Dienstwohnung des Directors der chirurgischen Klinik wohnen bleiben und dass ihm Licht und Luft nicht verbaut werden dürfe. Demgegenüber aber ist festgestellt, dass eine solche unerhörte Zusage ihm nicht gegeben wurde, sondern nur, wie ich von völlig sicherer Seite weiss, (das Actenstück selbst ist mir leider nicht zugänglich), dass der Herr Minister nicht Willens sei, südlich von der Dienstwohnung des Directors der chirurgischen Klinik, so lange Professor Esmarch diese Stelle inne habe, Gebäude aufführen zu lassen, als nur im äussersten Nothfall.

Diese Südseite kam bei dem Project gar nicht in Frage.

Als Begründung seines Einspruchs hat Herr Prof. v. Esmarch übrigens noch angegeben, dass er die Dienstwohnungen für die Nachfolger erhalten wolle. Nun — seinem eigenen Nachfolger hat er bislang die Wohnung nicht eingeräumt, scheint auch vorläufig nicht die Absicht zu haben, da derselbe sich selbst in der Stadt ankaufen musste. Und das medicinische Dienstwohngebäude? Man wird es einem künftigen Director nicht mehr anbieten können als Wohnung, nachdem man im Laufe des Sommers begonnen hat, unmittelbar hinter demselben eine grosse Baracke aufzuführen — allerdings eine chirurgische!

Wie wenig der Einspruch berechtigt ist, geht aus dem Mitgetheilten hervor; es wäre aber nicht einmal verständlich, selbst wenn der Wortlaut des Versprechens nach v. Esmarch's Darstellung richtig wäre. Eine solche Schädigung der allgemeinen Interessen der Heilanstalten (nicht etwa der medicinischen Klinik allein!), lediglich um einer kleinen persönlichen, für einige Jahre zu geniessenden Annehmlichkeit willen, hätte wohl ein den hiesigen Verhältnissen ferner Stehender gerade von dieser Seite nicht erwartet! Freilich wissen Eingeweihte schon seit lange, dass solches Vorgehen hier gerade nicht vereinzelt dasteht. Wie lange erstreben schon die übrigen Directoren den so dringend nothwendigen Abschluss der Heilanstalten! Die grössten Widerwärtigkeiten, ja scandalöse Vorgänge schafft die wohl einzig hier bestehende Einrichtung des freien Zugangs und Durchgangs durch die grosse Krankenanstalt tagtäglich. Aber vergebens waren die aufgewendeten Bemühungen, darin Wandel zu schaffen; sie scheiterten sämmtlich an Einflüssen von dieser Seite. Man darf in diesem Zusammenhang auch wohl eines etwas weiter zurückliegenden Factums sich erinnern, das noch in Aller Gedächtniss ist.

Im Etat 1885/86, Bd. III, No. 21, S. 103, heisst es:

«Umbau der Dienstwohnung des Directors der chirurgischen Klinik — 54000 M.

(Die Wohnung des Directors der chirurgischen Klinik ist unzureichend und der Erweiterung bedürftig.)»

Im stenographischen Berichte der Verhandlungen des Hauses der Abgeordneten 1885 Bd. II., S. 827 — Sitzung vom 2. März 1885 — findet sich eine Rede des Abgeordneten Büchtemann, betreffend diese Position; er erwähnt einen Artikel, der aus dem Frankfurter Journal in die Nordd. Allg. Zeitung übergegangen ist und in welchem diese Position bekämpft wurde — — —: «Ich kann daher den Herrn Minister nur dringend bitten, über die Auslassung seiner Commissarien hinaus eine Erklärung hier im Hause abzugeben, welche jene Auffassung, wie sie im Artikel niedergelegt ist, als völlig ungerechtfertigt ergibt, und welche nachweist, dass es sich in der That hier um sachliche Gründe des Baues handelt, und nicht um einen Ausbau zum besseren persönlichen Comfort eines Professors».

«Ist die vorgeschlagene Erweiterung hervorgegangen wesentlich aus dem Bedürfnisse, die Sammlungen des Herrn Professor v. Esmarch unterzubringen und tritt vor diesem Gesichtspunkte der persönliche Comfort des Besitzers der Wohnung zurück, oder ist es umgekehrt, wie es angedeutet ist: Ist der Bau für die Sammlungen gewissermaassen später dazugekommen, um die Vergrösserung der Wohnung zu rechtfertigen?»

Cultusminister v. Gossler: «Nicht vorbereitet — nur allgemeine Kenntniss . . . . . «ich weiss — lege aber dem auch keine besondere Bedeutung bei — aus der ganzen Verhandlung noch genau, dass es sich im Wesentlichen um die Beschaffung eines grossen Raumes handelte, in welchem eine sogenannte kriegschirurgische Sammlung aufgenommen werden soll, eine Sammlung, die — wenn ich mich recht entsinne — von dem gegenwärtigen Inhaber dazu bestimmt ist, in das Eigenthum des Staates und der Universität überzugehen, und auf Grund dieser Disposition, die nothwendig war, ergab sich die Möglichkeit, auch noch für die Wohnung des gegenwärtigen Directors einige Räume zu finden — —».

Von der genannten kriegschirurgischen Sammlung ist notorisch nie ein Stück in den für sie bestimmten Anbau gekommen; derselbe enthält nur Gesellschafts- und Wohnräume.

Doch zurück zum eigentlichen Gegenstand dieser Ausführungen. Das Ministerium erkannte seit Jahren einen Neubau als dringend nothwendig, bezeichnete selbst als den allein in Betracht kommenden Platz die Gärten der Dienstwohngebäude, das bezügliche Project der Regierung war vom Landtag angenommen, begründete Einwände existirten thatsächlich durchaus nicht — und trotzdem wird der Bau inhibirt! Was heisst das?!

Statt dessen wird mit Entwurf verschiedener neuer Pläne wieder kostbare Zeit verloren und schliesslich ein Project ausgearbeitet, dessen Ausführung zahlreiche schwerwiegende Bedenken gegen sich hat. Nach dem Entwurf würde der jetzt geplante Bau zwei grossen Gebäuden — Frauenklinik und altes akademisches Krankenhaus — sehr nahe gerückt werden, der so schon immer mehr beschnittene Gartenraum in zwei Streifen zerlegt werden, von denen der eine geradezu winzig klein, der andere durch die Beschattung des hohen Gebäudes ganz der Sonne beraubt wird. Es müssen für zwei alte Baracken, die später definitiv in Wegfall kommen, während der Bauzeit noch Ersatzbauten geschaffen werden, während eine dritte — Infectionsbaracke — ebenfalls während der Bauzeit nahezu unbrauchbar wird, wahrscheinlich auch später noch versetzt werden muss. Es muss der ganze grosse Bau, der doch mit allen daran schliessenden Umbauten mehrere Jahre Bauzeit erfordern wird, mitten zwischen im Betrieb befindlichen Barackenbauten stattfinden, die ganze Zufuhr der Materialien ist nur mitten durch das Krankenhausterrain möglich. Schliesslich, was aber nicht am Unwesentlichsten ist, entspricht auch das Gebäude selbst

nicht den Anforderungen, welche an ein Krankenhaus, besonders ein klinisches zu stellen sind, einmal wegen seiner ganz unzweckmässigen Höhe von thatsächlich 3 Stockwerken, dann wegen seiner ganz ungünstigen Lage betreffs Besonnung und Schutz der Krankenräume gegen die herrschenden Windrichtungen. Und das Alles wegen einer Laune — oder wie soll man es nennen? — einer Persönlichkeit, die jetzt auch nicht einmal mehr dienstliche Beziehungen zu den Akademischen Heilanstalten hat?

Wahrlich, dass gegen solches Vorgehen energischer Widerspruch erhoben wird — nicht aus persönlichem Interesse, sondern ausschliesslich zum Besten der ganzen späteren Entwicklung der Heilanstalten — ist doch anzuerkennen. Wie man in den gesammten Universitätskreisen über Quincke's Vorgehen denkt, zeigt klar und deutlich die kürzlich stattgehabte Wahl Quincke's zum Rector der Universität. Herrn Geheimrath Quincke selbst würde das Scheiden aus einem Amte, das er mit seltener Aufopferung und Gewissenhaftigkeit verwaltet hat, sicher sehr schmerzlich sein. Und falls es wirklich zu dem für Kiel so schmerzlichen Verlust kommen sollte, wer mag dann eine solche Erbschaft antreten? Der Facultät, glaube ich, wird es schwierig fallen, einen Ersatz zu gewinnen.

Ein Fehler ist nun einmal gemacht; ob man ihn jetzt noch verbessern kann und will, indem man doch noch auf das umgestossene Project zurückgreift, das steht dahin; wo nicht, so braucht man doch noch nicht einen zweiten Fehler anzuschliessen, indem man auf der Ausführung eines von allen hiesigen Sachverständigen verurtheilten Projekts besteht.

Es bliebe doch noch zu erwägen, ob man nicht endlich einmal etwas weiter hinausschauen und auf die künftige Entwicklung mehr Rücksicht nehmen will, als bislang geschehen. Kiel hat seit einigen Semestern die zweitgrösste Anzahl Medicinstudirender unter den preussischen Universitäten und unter diesen zum grössten Theil klinische Semester. Sein Krankenmaterial ist vorzüglich. Seine Lehrkräfte sprechen für sich selbst. Kleinere medicinische Facultäten — Göttingen, Marburg, Breslau u. a. — hatten sich längst höherer Gunst zu erfreuen. Dass hier endlich etwas Gründ iches geschehen muss, ist klar. Es sind auch andere Anstalten, die dringendst einer Erneuerung bedürfen, z. B. das pathologische Institut; andere Bedürfnisse müssen bald befriedigt werden — Kinder-, Ohren-, Syphilisklinik. Wenn dafür unter den gegenwärtigen Umständen auf dem Hospitalberg der Raum zu enge wird, warum kann man nicht, wie an anderen Universitäten, radicale Abhilfe schaffen und weiter hinausgehen? Mit der neuen Irrenklinik hat man ja schon den Anfang gemacht; Platz ist dort noch reichlich. Freilich würde es ja ohne höhere Kosten nicht abgehen — aber wer daran Schuld trüge, braucht wohl nicht gesagt zu werden.

Hoffen wir, dass es schliesslich doch noch gelingen möge, den Ausweg zu finden, der der aufblühenden medicinischen Facultät den harten Verlust erspart.

Es geht doch nicht an, dauernd wichtige allgemeine Interessen Schaden leiden zu lassen, um einem Einzelnen, und sei er auch so hoch verdient wie Prof. v. Esmarch, einige Annehmlichkeiten zu gewähren, für deren Aufgeben sich wohl in anderer Weise Ersatz finden liesse.

Kiel, 22. November 1899.

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. Friedrich Reinke, Privatdocent und Prosector an der Universität Rostock: **Kurzes Lehrbuch der Anatomie des Menschen** für Studirende und Aerzte. Mit genauer Berücksichtigung der neuesten anatomischen Nomenclatur. Berlin und Wien, Urban und Schwarzenberg. 1899. 597 Seiten.

Das Lehrbuch der Anatomie von Reinke liegt nunmehr vollständig vor. Indem wir im Allgemeinen auf das im vorigen Jahr nach dem Erscheinen der ersten Lieferungen gegebene Referat verweisen, heben wir wiederholt hervor, dass das Buch nach Auswahl, Eintheilung und Behandlung des Stoffes im Ganzen recht tüchtig ist; die Berücksichtigung der mikroskopischen und topographischen Anatomie, sowie der Entwicklungsgeschichte, die präcise Zusammenfassung des Stoffes und die Hervorhebung des Wichtigen und weniger Selbstverständlichen lässt das Buch für den beabsichtigten Zweck, als Repetitorium zu dienen, geeignet erscheinen.

Bei Gelegenheit einer zweiten Auflage, werden wir das Buch noch dringender empfehlen, wenn der Herr Verfasser auf die letzte Durchsicht des Manuscriptes sowohl, wie der Correctur mehr Sorgfalt verwendet; unsere Bedenken gelten hier und dort dem Stil, namentlich an solchen Stellen, die der Materie nach schwierig sind, wie auch manchen, zum Theil sinnentstellenden Druckfehlern. Martin Heidenhain.

Behrens: Anleitung zur mikrochemischen Analyse. Zweite vermehrte Auflage. Leop. Voss, Leipzig und Hamburg, 1899. 242 S. 6 Mk.

Die mikrochemische Analyse bezweckt, an kleinsten Mengen mittels unter dem Mikroskop vorzunehmender Reactionen die Eigenschaften eines Körpers zu erkennen. Sie wird daher namentlich vom Petrographen benutzt, um die chemischen Eigenschaften der oft winzigen Partikelchen eines Mineralgemenges zu studiren. Aber auch der Chemiker wird sich in vielen Fällen der mikrochemischen Analyse mit Erfolg bedienen können. Behrens hofft, dass «die mikrochemische Analyse durch fortgesetztes Studium zu einem System wird aufgebaut werden, das in Zeitersparniss und in Anspruchslosigkeit, was Raum und Geräthschaften betrifft, mit der Löthrohranalyse wird concurriren können und das die Löthrohranalyse in vielen Fällen übertreffen wird, wo es auf Vielseitigkeit und Empfindlichkeit der Reactionen ankommt». Zum Ausbau dieser Methode hat Behrens selbst das Meiste beigetragen. Er hat ein vollständiges System der mikrochemischen Analyse ausgebildet, das er fortwährend zu verbessern bestrebt ist. Das vorliegende Buch umfasst die mikrochemische Analyse der anorganischen Stoffe. Es setzt völlige Bekanntschaft mit den chemischen Eigenschaften wie der üblichen qualitativen chemischen Analyse voraus. Auf die Zwecke des Mediciners wird nicht besonders Rücksicht genommen (z. B. findet man nichts über Nachweis des Eisens oder ähnlicher Körper in den Geweben). Dagegen wird sich der analytische Chemiker mit grossem Vortheil des Buches bedienen. Heinz-Erlangen.

Lehmann und Neumann: Atlas und Grundriss der Bacteriologie und Lehrbuch der speciellen bacteriologischen Diagnostik. II. erweiterte und umgearbeitete Auflage. München, Verlag von J. F. Lehmann. 2 Bände.

Kaum 3 Jahre sind es, dass der Lehmann-Neumann'sche Atlas erschienen ist und schon liegt eine II. Auflage des Werkes vor. Wenn eine solche der I. Ausgabe so schnell folgen musste, so war dies nicht allein durch die Fortschritte auf dem Gebiete der Bacteriologie während der letzten Jahre bedingt, sondern vor Allem dadurch, dass die I. deutsche Auflage des vortrefflichen Buches inzwischen vollständig vergriffen ist: jedenfalls das sprechendste Zeugniss für den Werth und die Nothwendigkeit eines derartigen Werkes.

In der neuen Auflage ist die Anlage des ganzen Werkes vollkommen die gleiche geblieben, doch ist dieselbe reich an Zusätzen und Verbesserungen, indem in allen Capiteln die einschlägigen neuesten Forschungen in kritischer Weise, sehr häufig auf Grund eigener Nachprüfung, Berücksichtigung gefunden haben. So hat der Abschnitt über Krankheitserregung und Disposition eine völlige Umarbeitung und wesentliche Erweiterung erfahren. Von besonderem Interesse, und zwar nicht nur für den Bacteriologen, sondern für den Naturforscher überhaupt, ist auch in der neuen Auflage der von der Variabilität der Spaltpilze handelnde Abschnitt; rückhaltlos und frei von jedem Vorurtheil weist Lehmann auf die immer mehr hervortretende ausserordentliche Veränderlichkeit der Spaltpilze hin, welche vielfach eine Abgrenzung der Arten ganz unmöglich erscheinen lässt, namentlich seitdem es bei mehreren Bacterienarten schon gelungen ist, dieselben in andere Formen überzuführen. Lehmann unterscheidet daher Haupt- und Nebenarten, wobei er die Artberechtigung der letzteren zunächst unentschieden lässt. Man muss anerkennen, dass hierdurch die Uebersichtlichkeit und das Studium der zahllosen seither beschriebenen Arten wesentlich erleichtert wird.

Das in der I. Auflage aufgestellte System der Spaltpilze hat keine Aenderung erfahren. Für den Gattungsnamen Oosporon finden wir wieder die allgemein übliche Benennung Aktinomyces aufgenommen.

Im speciellen Theil werden über 80 neue Arten aufgeführt. Die Schilderungen der einzelnen Arten sind stets sehr charakteristisch, präcis und doch erschöpfend. Durch die sehr zweckmässig angelegten Bestimmungstabellen und die vorzüglichen Tafeln wird die Bestimmung einzelner Arten sehr erleichtert.

Die Anzahl der Tafeln wurde um 6 vermehrt, 3 wurden durch neue ersetzt. Die in jeder Hinsicht vortreffliche Ausfüh-

rung der von Neumann nach der Natur gezeichneten Tafeln wurde schon bei Besprechung der I. Auflage ganz besonders hervorgehoben.

Das Lehmann-Neumann'sche Werk nimmt in der bacteriologischen Literatur einen so hervorragenden Platz ein, dass dem Referenten jede weitere Empfehlung überflüssig erscheint.

Hauser.

Dr. J. Port, k. bayer. Generalarzt z. D.: **Den Kriegsverwundeten ihr Recht!** Zweiter Mahnruf. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1899. 8°. 1 M.

Auch in diesem zweiten Mahnruf tritt der bekannte Altmeister der Improvisationstechnik mit beredten Worten dafür ein, dass die unter Umständen unvermeidlichen Kriege mit grösserer Rücksicht auf die Verwundeten geführt werden könnten. Port wirft auch in diesem Mahnruf den «Strategen» vor, sie hätten eine unheimliche Neigung, den Sanitätsdienst zu hemmen und zu unterbinden. Wenn Port alle bemerkten Schäden freimüthig und oft mit herbem Urtheil darlegt, so thut er das in der besten Absicht, den Unterdrückten zu Hilfe zu kommen und die von ihm so energisch angegriffenen «Strategen» und Johanniter werden ihm auf's Wort glauben, dass es ihm nicht um die Anfeindung von Personen, sondern um Vermeidung von Fehlern und Irrungen in künftigen Kriegen zu thun ist.

Die meisten der von Port vorgeführten und von sicheren Beobachtern verbürgten Bilder sind, der Tendenz der Brochüre entsprechend, tief traurige: Das Verlassensein der Verwundeten auf dem Schlachtfelde bei Nacht, während Plünderer ihr ruchloses Handwerk treiben, das Zurücklassen der Verwundeten in Feindeshand, das Verschicken von Ambulancen, welche ihren eigenen Verwundeten Hilfe geleistet haben, statt sie den feindlichen Vorposten direct zuzuführen, die Langsamkeit in der Einrichtung von Sanitätszügen, mangelnde Fürsorge auf den Endstationen der Eisenbahnen, Zurückweisung civilärztlicher Hilfe bei dringender Aerztenoth, Zugrundegehenlassen der wichtigsten Verpflegungsgegenstände für Lazarethe und Truppentheile. Daneben aber finden wir auch einzelne erfreuliche Bilder, wie die Sicherung der eigenen Verwundeten bei uncivilisirten Völkern und die Behandlung der Verwundeten im amerikanischen Secessionskriege.

Schill-Dresden.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1899 No. 45 und 46.

No. 45. Winternitz und Strasser in Wien: **Strenge Milchcuren bei Diabetes mellitus.** (Vorläufige Mittheilung.)

Die Verfasser empfehlen auf Grund ihrer Erfahrungen strenge Milchcuren bei Diabetes mellitus. Der Erfolg ist eine Verminderung oder ein Verschwinden des Harnzuckers. Viele Fälle werden für längere Zeit gebessert, einzelne anscheinend geheilt.

No. 46 E. Grawitz: **Ueber die Beeinflussung der Blutmischung durch kurzdauernde Kälteeinwirkungen.**

Verfasser tritt den Versuchen von Reineboth und Kohlhardt entgegen. Diese Autoren fanden bei starken Abkühlungen (von Kaninchen) eine mässige Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen bei gleichzeitiger hochgradiger Verringerung des Haemoglobingehalts. Während der Kälteeinwirkung werden die rothen Blutzellen geschädigt, es tritt eine Haemoglobinaemie ein.

G. führt die Resultate der genannten Autoren auf Fehler in der Versuchsanordnung zurück. Er hält seine eigene frühere Ansicht in vollem Umfange aufrecht. Danach wirken kurze Abkühlungen sicher nicht blutkörperchenlösend. Es erfolgt nur eine Concentrationszunahme des Blutes, auch des Serums. Diese ist bedingt durch einen Uebertritt von Lymphe aus den Capillaren in die Gewebsspalten. Die von R. und K. angenommenen Schädigungen der Blutbeschaffenheit durch Kälte sind demnach nicht vorhanden.

W. Zinn-Berlin.

Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie. 3. Bd. 5. Heft. 1899.

1) Hermann Weber-London: **Zur therapeutischen Verwerthung von Seereisen.** (I. und II. Theil.)

Verfasser gibt auf Grund der ihm zu Gebote stehenden reichen Erfahrungen ausführliche Rathschläge für die Wahl des Schiffes, namentlich aber für die Wahl der Reiseroute; er stellt kurze Regeln für die Lebensweise zu Schiff auf und schildert den Einfluss der Seereisen auf die Körperfunctionen; die Wirkung derselben fasst er im Allgemeinen zusammen als beruhigend, kräftigend, abhärtend.

Bei der Indicationsstellung betont er, dass Seereisen nur Solchen empfohlen werden dürfen, welche das Seeleben gern haben oder doch vertragen. Gute Erfolge sah er bei Lungentuberculose, namentlich im Anfangsstadium, Skrophulose (auch prophylaktisch gegen diese Leiden), chronischen Katarrhen der Luftwege, Heufieber, psychischer Unruhe, Ueberanstrengung, manchen Fällen von Schwermuth und anderen Nervenleiden, Dipsomanie.

2) S. Salaghi-Bologna: **Ueber die neuen Methoden für die örtliche Anwendung der Wärme mit besonderer Berücksichtigung eines elektrischen Thermophors.**

Nach einem Ueberblick über die Methoden der localen Wärmeanwendung durch heisse Luft, wie sie die Apparate von Tallermann, Krause, Bier, Greville, Lindemann, und heisses Wasser, wie sie die Vorrichtungen von Winternitz und Wilms bezwecken, deren Anwendung hauptsächlich bei chronischen Arthritiden, Gelenksteifigkeiten, Folgen von Fracturen und Luxationen, Muskelrheumatismus, Neuralgien, besonders bei Ischias, sich bewährt hat, analysirt Verfasser die Wirkung derselben vom physiologischen und physikalischen Gesichtspunkte aus. Er kommt dabei zu dem Schlusse, dass die Anwendung der auf 100—140° C. erhitzten Luft im Vergleich mit den übrigen localen Wärmeanwendungsmethoden keinen Vorzug verdient, weil bei der Anwendung derselben durch Verdunstung von Schweiss sich um die betreffende Körperstelle herum die Temperatur nachgewiesenermaassen nicht höher stellt, als bei den übrigen Wärmeapplicationen.

Von dieser Voraussetzung ausgehend empfiehlt er einen von ihm construirten elektrischen, local wirkenden Thermophor.

Derselbe, an jede Glühlampenvorrichtung anschliessbar, besteht im Wesentlichen aus einem Zuleitungsdraht, welcher in ein der Applicationsstelle entsprechend geformtes doppeltes Asbestleinwandstück hineinmündet. Daselbst geht der Strom in einen vielfach gewundenen äusserst dünnen Draht über. Durch den Widerstand entwickelt sich auf der Asbestfläche eine hohe Temperatur. Dieser Asbestfleck ist an jede beliebige Körperstelle anzuschnallen.

Der Apparat bietet den bisherigen Apparaten gegenüber die Vorzüge der genauen Graduirung, der Einfachheit der Bedienung und Vorbereitung, der Möglichkeit, dass die Patienten während der Application, entsprechend der Länge der Drahtleitung, in ihren Bewegungen ungestört sind, der Stetigkeit und zeitlichen Unbegrenzbarkeit der Anwendung.

3) A. Hoffmann-Düsseldorf: **Zur Suspensionsbehandlung chronischer Nervenkrankheiten.**

Verfasser glaubt die gegenwärtig nicht mehr moderne Suspensionsbehandlung auf Grund eigener Erfahrungen wieder in Erinnerung bringen zu dürfen.

Er suspendirt unter genauer Messung der angewendeten Zugkraft. Letztere und die Zeit der Suspension werden allmählich gesteigert.

Was die Resultate betrifft, sah er bei Paralysis agitans keinen Erfolg, bei Myelitis erhebliche, bei Tabes in vielen Fällen wenigstens vorübergehende, in einzelnen Fällen lang dauernde und bedeutende Besserungen. Schädliche Nebenwirkungen der Behandlung beobachtete er niemals.

4) Wilhelm Caspari-Berlin: **Die Bedeutung des Milcheiweisses für die Fleischbildung.** Ein Beitrag zur Lehre von der verschiedenen Werthigkeit der Eiweisssubstanzen für die Ernährung. (Aus dem thierphysiologischen Institut der landwirthschaftlichen Hochschule des Prof. Zuntz.)

Ausgehend von der in neuerer Zeit mehr in Fluss gekommenen Frage, ob verschiedene Eiweisskörper nicht verschiedenen Nährwerth haben und insbesondere den phosphorhaltigen Eiweisskörpern bei ihrer Verwandtschaft mit dem phosphorhaltigen, für die Physiologie der Zelle so wichtigen Zellkerne bei der Erhaltung und Vermehrung des Körpereiweisses nicht eine besondere Dignität zuzumessen ist, hat Verfasser mit einem neuen Caseinpräparate, dem Milcheiweissplasmon (Caseon), zwei eingehende Stoffwechseluntersuchungen beim Hunde und Menschen angestellt.

Es zeigte sich, dass das Plasmon nicht nur im Stande war, einen überraschend grossen N-Ansatz zu bewirken, sondern auch denselben, wie der längere Zeit am Hunde ausgeführte Versuch ergab, im Gegensatze zu dem in der Vor- und Nachperiode gegebenen Eiweiss, bei dem sich das Thier bald in's N-Gleichgewicht einzustellen bestrebt war, auf der einmal erreichten Höhe zu erhalten.

Verfasser erblickt in diesem Resultate eine theoretische Erklärung für die in der Praxis übliche altbewährte Milchtherapie und empfiehlt auf Grund dieser Untersuchungen und in Uebereinstimmung mit analogen Ergebnissen Röhmann's in allen denjenigen Fällen, in denen Milch nicht vertragen wird, als Ersatz Caseinpräparate, welche vor anderer eiweisshaltigen Nahrung befähigt sind, Eiweissansatz zu bewirken.

M. Wassermann-Berlin.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No 46.

1) M. Levinowitsch-Petersburg: **Bacteriologische Untersuchung des Blutes bei Eklampsie.**

L. hat im Blute von 44 Eklamptischen regelmässig denselben Mikroorganismus angetroffen und 25mal damit gleichartige Reinculturen auf Bouillon, Gelatine und Agar erzielen können. Es

handelte sich um grosse Coccen von runder und ovaler Form mit starker Eigenbeweglichkeit. Oft waren die Coccen zu Diplococcen vereinigt. Sie wuchsen am besten bei Körpertemperatur auf Nährböden aus Placentargewebe und färbten sich mit allen Anilinfarben. Sie fanden sich manchmal vor dem 1 Anfall, am meisten während der Anfälle und nahmen vom 2 Tage nach dem Anfall an allmählich wieder ab.

Der Coccus erzeugte bei Meerschweinchen nach subcutaner Injection einer Reincultur eine haemorrhagische Endometritis, der die Thiere nach 4 Wochen unter dem Bilde einer acuten Anaemie erlagen.

Einige Male fanden sich die Coccen auch im Blute von Neugeborenen eklamptischer Mütter. Auch im Blute von Schwangeren, die an Oedemen, Kopfschmerzen und Erbrechen, aber nicht an typischer Eklampsie litten, liess sich der Coccus in geringer Zahl nachweisen.

L. glaubt, mit seinen Beobachtungen noch keinen bindenden Beweis für die Specificität des Mikrococcus bei Eklampsie erbracht zu haben, schreibt demselben aber doch Beziehungen zur Aetiologie dieser Erkrankung zu.

2) C. Weber-Honnef: **Das gespaltene und Fixirspeculum.**

W. gibt an, dass das Zepler'sche geschlitzte Speculum (beschrieben in dieser Wochenschrift 1899, No. 41, S. 1349) von ihm schon «vor langen Jahren» erfunden, aber erst durch eine wesentliche Verengerung des Spaltes jetzt zu einem brauchbaren Instrumente geworden sei. Folgt nähere Beschreibung dieser Modification

Jaffé-Hamburg.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 32. Band 2. Heft.

12) Donath: **Der epileptische Wandertrieb. (Poriomanie.)** (Aus dem Ambulatorium für Nervenkranke am St. Rochusspital Ofen-Pest.)

Verf. berichtet über 3 von ihm selbst beobachtete Fälle von epileptischem Wandertrieb, dem er den Namen «Poriomanie» beilegt. Zwei dieser Kranken konnte er während ihrer Wanderung untersuchen, bei keinem jedoch Bewusstseinsstörung oder Amnesie wahrnehmen. Nach seiner Auffassung ist die epileptische Poriomanie ein psychisches Aequivalent besonderer Art, welches sich von dem gewöhnlichen dadurch unterscheidet, dass die Bewusstseinsstörung entweder gänzlich fehlt, oder durch die Geringfügigkeit in den Hintergrund tritt.

13) Näcke-Hubertusburg: **Kritisches zum Capitel der normalen und pathologischen Sexualität.**

Verfasser verbreitet sich zunächst über die normal sexuellen Verhältnisse bei beiden Geschlechtern, wobei er die Schwierigkeit einer Abgrenzung des Normalen vom Pathologischen betont. Weiter bespricht er die häufigsten geschlechtlichen Verirrungen und geht vor Allem ausführlicher auf Onanie und homosexuellen Verkehr ein. Ueber die thatsächliche Häufigkeit dieser Abnormitäten und ihre Verbreitung ein wahrheitsgetreues Bild zu bekommen stösst auf die grössten Schwierigkeiten, da fast alle diesbezüglichen Erhebungen und Zusammenstellungen auf Schätzung und Vermuthungen beruhen, zahlenmässige und sichere Belege dagegen fehlen. Zum Schlusse plädirt Verfasser für Aufhebung des § 175, da seine Anwendung in einer Reihe von Fällen ungerecht, in anderen unnöthig sei.

14) Probst: **Ueber die Localisation des Tonvermögens.** (Aus der niederösterr. Landesirrenanstalt Wien.)

Ebenso wie das Sprachvermögen, kann auch das Tonvermögen durch krankhafte Processe an bestimmten Stellen des Gehirns Schädigungen erfahren. Diese Störungen werden als «Amusie» bezeichnet und analog den Formen der Aphasie wird eine sensorielle und motorische Amusie unterschieden. Verfasser war bestrebt auf Grund der in der Literatur vorhandenen Mittheilungen von Amusien, der pathologischen Befunde bei denselben, sowie durch klinische und anatomische Untersuchung eines Falles eigener Beobachtung der Lösung der Frage nach der Localisation des Tonvermögens näher zu kommen. Obwohl die Lehre von der Localisation des Tonvermögens noch keineswegs als abgeschlossen zu betrachten ist, hält Verfasser es für sicher, dass die einzelnen Amusieformen nicht an die entsprechenden Aphasieformen gebunden sind und umgekehrt. Die Localisation ist eine verschiedene, jedoch ist die der einzelnen Amusieformen sehr nahe der Localisation der analogen Aphasieform gelegen. In Folge der Nähe der Localisationsstellen kann es leicht zur Vereinigung der entsprechenden Amusie- und Aphasieform kommen.

15) Pick-Prag: **Ueber das sogenannte aphasische Stottern als Symptom verschiedenörtlich localisirter cerebraler Herdaffectionen.**

16) Buchholz: **Ueber einen Fall syphilitischer Erkrankung des Centralnervensystems.** (Mit 3 Tafeln und 17 Holzschnitten.) (Aus der psychiatr. Klinik Marburg.)

17) Reusz: **Beitrag zur pathologischen Anatomie der Bulbärerkrankungen bei Tabes.** (Aus der II. med. Klinik der Charité.)

18) Henneberg: **Beitrag zur Kenntniss der combinirten Strangdegenerationen, sowie der Höhlenbildungen im Rückenmark.** (Mit 1 Tafel.) (Aus der psychiatr. und Nervenklinik der Charité.)

An der Hand des mikrosk. Befundes am Rückenmark von Kranken, die nierenleidend waren, weist Verfasser auf den Zusammenhang zwischen Nieren- bezw. Gefässerkrankungen und Degenerationen im Rückenmark hin. In Folge primärer Degeneration kleiner Gefässe kommt es zu Unterernährung und Zerfall des Parenchyms, es entstehen zunächst herdförmige Degenerationen, welche dann durch secundäre degenerative Processe wieder zu strangförmigen Erkrankungen führen können. Auf diese Weise können richtige systematische Strangerkrankungen vorgetäuscht werden, doch kann der Umstand, dass nicht das ganze Areal des betreffenden Strangsystems erkrankt ist, auf die Unrichtigkeit einer solchen Annahme hinweisen. Auch die in einem Fall beobachtete Hydromyelie glaubt Verfasser in Zusammenhang mit dem Nierenleiden bringen zu können. Die durch dasselbe bezw. durch die veränderte Blutbeschaffenheit und die Gefässalteration bedingten Circulationsstörungen führen zu einer erhöhten Transsudation in den Centralcanal und so zu einer Erweiterung desselben und zu Veränderungen am Ependym.

19) Köster: **Beitrag zur Lehre von der chronischen Schwefelkohlenstoffvergiftung.** (Mit 3 Tafeln.)

I. Klinischer Theil. (Aus der med. Universitätspoliklinik Leipzig.)

II. Experimenteller Theil. (Aus dem physiologischen Institut Leipzig.)

Schluss im nächsten Heft.

20) Bálint: **Ueber einen Fall von anomaler Gehirnentwicklung.** (Mit 1 Tafel.) (Aus dem Elisabeth-Siechenhaus Ofen Pest.)

Verfasser beschreibt einen Fall anomaler Gehirnentwicklung, welche als Cebocephalie bezeichnet wurde und in naher Verwandtschaft zur Cyklopie steht. Charakterisirt ist diese Missbildung durch mangelhafte Bildung der Hemisphären, welche eine einpaarige, nicht nach Lappen gegliederte Masse mit embryonaler Furchenbildung darstellen, ferner durch Agenesie der Pyramiden und vollständiges Fehlen des centralen Riechorgans. In ursächlichem Zusammenhang mit letztgenannter Abnormität steht wohl die rudimentäre Ausbildung der Nase. Für die Entstehung der Missbildung macht Verfasser ausser einer Entzündung der harten Hirnhaut eine primäre mangelhafte Wachsthumsanlage des Gehirns verantwortlich. Besonders interessant ist der Befund, dass trotz Fehlens des indirect-motorischen, d. h. des cortico-spinalen Neurons, das direct spino-musculäre Neuron sich vollkommen intact erwies. Verfasser schliesst daraus, dass sich die Neurone unabhängig von einander entwickeln und betrachtet die durch gewisse, pathologische Zustände gewährleistete Abhängigkeit der Neurone von einander nur als Folge eines Functionsnexus.

21) **24. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 3. u. 4. Juni 1899.**

Heller-Erlangen.

Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten. Bd. XXVI, No. 16 u. 17.

1) A. Celli und G. Del Pino-Rom: **Beitrag zur Erkenntniss der Malariaepidemiologie vom neuesten aetiologischen Standpunkt aus.** (Vorläufige Mittheilung.)

Es werden kurz die Beobachtungen mitgetheilt, welche die Autoren zunächst im Südwesten von Rom, in Cervara, über die Recidive und neu auftretenden Fälle von Malaria während der Monate März bis August gemacht haben und gleichzeitig darauf hingewiesen, in welcher Weise der Zusammenhang zwischen der Stechmücke Anopheles und der Entwickelung der Malariaepidemie zu denken ist.

Erwähnt mag werden, dass die Verfasser der Ansicht sind, es könne auch im März und April gelegentlich einmal eine neue Infection vorkommen, dagegen behaupten sie bestimmt, dass eine solche im Mai und Juni ausgeschlossen sei, da bei kritischer Untersuchung sich letztere Fälle nur als Recidive herausstellten.

Die ersten frischen Fälle fanden sich erst im Anfang Juli. Diese Thatsache stimmte nun auch recht gut mit den über das Leben der Stechmücke gemachten und näher auseinandergesetzten Beobachtungen.

Die Verfasser schliessen daraus, dass es sich um eine «circulirende» Ansteckung vom Zwischenwirthe (Mensch) mit dem eigentlichen Wirthe (Stechmücke) handelt, welche sich durch das Blut der Recidivfälle des vergangenen Jahres vermittels der Stechmücke fortpflanzt und das folgende Epidemiejahr eröffnet.

Später soll über den Verlauf der Epidemie während der Monate September bis März berichtet werden.

2) G. Gabritschewsky-Moskau: **Ueber einige Streitfragen in der Pathologie der Spirochäteninfectionen.**

Zum Referat nicht geeignet.

3) G. Gabritschewsky-Moskau: **Ueber prophylaktische Maassnahmen im Kampfe gegen die Diphtherie.**

Auf Grund statistischen Materials, welches beweist, dass in Russland die Morbidität an Diphtherie von Jahr zu Jahr im Zunehmen begriffen ist, hält Verfasser besonders die prophylaktischen Maassnahmen gegen die Krankheit für angezeigt und schlägt unter anderem vor, dass 1. die bacteriologische Untersuchung des Schleimes aus Mund-, Rachen- und Nasenhöhle nicht nur bei Erkrankten, sondern auch bei Gesunden, die sich mög-

licherweise ebenfalls inficiren konnten, vorgenommen werden soll. 2. Sollen inficirte Personen, wenn sie auch sonst vollkommen gesund sind, der Isolirung und Desinfection unterworfen sein. 3. Diphtheriekranke sind nicht eher aus dem Spital zu entlassen, als bis keine Diphtheriebacillen mehr in ihrem Organismus gefunden werden. 4. Alljährlich, am besten Anfang Herbst, sollen in Asylen, Instituten, Pensionen und Familien, besonders bei jüngeren Kindern Mund, Rachen, Nase auf Diphtheriebacillen untersucht werden. 5. Die Desinfection der Krankenräume darf erst erfolgen, wenn keine Bacillen sowohl bei Reconvalescenten als auch Gesunden mehr gefunden werden.

4) Frl. E. Concornotti-Cagliari: **Ueber die Häufigkeit der pathogenen Mikroorganismen in der Luft.**

Nachdem von verschiedenen Seiten Untersuchungen über die Menge der in der Luft enthaltenen Keime angestellt sind, suchte Verfasserin die Frage der Pathogenität derselben zu erklären. Ihre Versuchsmethodik war so, dass sie Petrischalen mit Glycerinagar kürzere oder längere Zeit offen stehen liess, den Nährboden mit den darauf gewachsenen Colonien, mit sterilisirtem Wasser vermischte und diese Emulsion Kaninchen intravenös injicirte. Platten wurden ausgestellt in bewohnten und unbewohnten Räumen, Privathäusern, Schulen, Gefängnissen, Schlafsälen, Kirchen, Restaurationen, Eisenbahnwagen u. s. f.

Es zeigte sich nun, dass durch die endovenöse Impfung die pathogenen Keime leichter zu gewinnen waren, als durch peritoneale Injection, da Controlthiere wohl bei ersterem Verfahren eingingen, aber die peritoneale Injection überstanden. — Von pathogenen Keimen kommen am häufigsten vor Staphylococcus aureus und albus, weniger Bacterium coli, noch seltener der Fraenkel'sche Erreger der Pneumonie.

5) M. Deelemann-Dresden: **Vergleichende Untersuchungen über coliähnliche Bacterienarten.** (Fortsetzung folgt.)

R. O. Neumann-Berlin.

Berliner klinische Wochenschrift 1899. No. 47

1) H. Senator-Berlin: **Ueber chronische ankylosirende Spondylitis.**

Cfr. hiezu das Referat pag. 1516 der Münch. med. Wochensch.

2) W. Mintz-Moskau: **Eine histogenetisch neue Form der Mastitis chron. cystica.**

Die gegenwärtigen Anschauungen darüber vereinigen sich darin, dass dem epithelialen Theil der Brustdrüse eine productive, unter Epithelzerfall zu epitheltragenden Cysten führende Thätigkeit zugeschrieben werden müsse. Davon abweichend ist der Befund, den M. durch histologische Untersuchung von Mammacysten einer 28 jährigen, sonst ganz gesunden Nullipara gewonnen hat. Aus den Präparaten, die im Original abgebildet sind, schliesst Verfasser Folgendes: Die Drüsenläppchen sind der Boden, auf dem sich die Cysten entwickeln. Die bisher bekannte Form der Mastitis chron. cyst. beruht auf einem epithelialen Wucherungsprocess der Drüsenacini mit secundärem Zerfall der neugebildeten Epithelmassen, wodurch primäre mit Epithel ausgekleidete Hohlräume entstehen. Die von M. beobachtete Form beruht auf einem Wucherungsprocess der intralobulären Bindegewebssepta, welcher Hand in Hand mit einer Nekrobiose der Drüsenzellen geht. Diese letzteren weisen keinerlei Wucherungsprocesse auf. Die entstehende Primärcyste ist mit Granulationsgewebe ausgekleidet. Makroskopisch und klinisch kann durch diese 2 verschiedenen Processe das gleiche Bild hervorgerufen werden.

3) Volland-Davos-Dorf: **Ueber die Art der Ansteckung mit Tuberculose.**

Referat, erstattet in der Sitzung der Tuberculosecommission der deutschen Naturforscher- und Aerzte-Versammlung in München.

4) H. Quincke-Kiel: **Ueber Protozoen-Enteritis.**

1. Trichomonas intestin. 2. Cercomonas hominis. 3. Megastoma entericum. 4. Coccidien (hiezu publicirt Q. einen Fall). 5. Balantidium coli. 6. Amoeba coli. Verfasser hat neuerdings 2 durch letztere verursachte Darmerkrankungen beobachtet. Katzen, denen Stuhl mit solchen Amoeben in den Darm gebracht wurde, blieben gesund. 2 weitere Fälle von Amoebenerkrankung verliefen klinisch aber anders als die früheren (Fieber, Abmagerung, tödtlicher Ausgang); dabei fanden sich Darmgeschwüre, auf deren Grund erst anatomisch Amoeben gefunden wurden.

Das klinische Bild der Protozoeninvasion ist am wenigstens charakteristisch für die im Dünndarm lebenden Parasiten, die meist mässige, chronische Diarrhöen verursachen; durch die Dickdarmbewohner kann das Bild bis zu dem der Dysenterie gesteigert werden. Q. führt schliesslich noch 2 Fälle ausgedehnter Dickdarmgeschwüre an, wo die Genese nicht festgestellt werden konnte, möglicher Weise aber Amoeben mitspielten. Ueber die Aufnahmegelegenheiten dieser Protozoen weiss man wenig; es scheint, dass verunreinigte Nahrungsmittel eine Invasion ermöglichen, auch kommt das Trinkwasser in Frage. Für die Behandlung spielt häufiges Evacuiren die Hauptrolle, ferner Kalomel, Chinin in Glutolkapseln oder Klysmen; auch Naphthalin-, Gerb- und Essigsäureklystiere können von Vortheil sein. Am schwersten sind die Amoeben zu beseitigen, wenigstens bei allen chronischen Fällen. Betreff der Hilfsmittel der Diagnose muss auf das Original verwiesen werden. Es ist auch hier sehr wichtig, die Diagnose frühzeitig zu stellen. Die Bedeutung der Protozoen für die Entstehung der Darmleiden ist bisher unterschätzt worden.

5) O. Chiari-Wien: **Ueber die Tuberculose der oberen Luftwege.**

Vortrag, gehalten in der Sitzung der Tuberculosecommission der deutschen Naturforscher- und Aerzteversammlung in München am 20. September 1899.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift 1899, No. 46.

1) Hochhaus und Reinecke: **Ueber chronische Degeneration des Herzmuskels.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Kiel.)

Die von Dehio aufgestellte Behauptung, dass neben der gewohnlichen, herdweise auftretenden Bindegewebsentwicklung, der sogen. Herzschwiele vielfach auch eine diffuse, sowohl interfasciculäre wie interstitielle Form der Herzmuskeldegeneration, eine Myofibrosis vorkomme, wird durch die vorliegenden Untersuchungen an 14 Fällen in keiner Weise gestützt, ebensowenig wie die von demselben angegebene Entstehungstheorie (Dilatation des hypertrophischen Herzmuskels), indem die Bindegewebsbildung im grossen Ganzen stets auf die Umgebung der obliterirten Gefässe beschränkt war. Dass gelegentlich eine diffuse Myofibrosis vorkommen kann, wird nicht bestritten, jedenfalls aber ist deren Auftreten ein verhältnissmässig seltenes. Die untersuchten Herzen stammten in 3 Fällen von Greisen, 6 von verschiedenen chronischen Herzerkrankungen und die übrigen 5 von Infectionskrankheiten (Scharlach, Diphtherie, puerperale Sepsis und Tuberculose).

2) E. Pfuhl-Berlin: **Ueber eine Massenerkrankung durch Vergiftung mit stark solaninhaltigen Kartoffeln.**

Interessante Mittheilung über eine bei 56 Soldaten beobachtete Solaninvergiftung in Folge des Genusses von Kartoffeln, deren nachträgliche Untersuchung einen die Norm etwa sechsfach überschreitenden Gehalt an Solanin ergab, während dieselben makroskopisch nichts auffallend Verdächtiges boten. Die zur Aufnahme gekommene Menge des Alkaloids wird bei Einzelnen bis zu 0,3 g berechnet. Sämmtliche Fälle verliefen günstig.

3) J. Wentscher-Thorn: **Zur Casuistik der occulten Fremdkörper.**

In den beiden erstbeschriebenen Fällen handelt es sich um abgebrochene, im Brustbein, bezw. der Orbita fest eingekeilte Messerklingen, von deren Vorhandensein die Betreffenden keinerlei Ahnung hatten, in dem letzten, der durch die Complication mit Diphtherie ein interessantes Problem bildet, um ein im Larynx befindliches scharfkantiges Bruchstück eines Pflaumensteines.

4) Th. Rosenheim: **Ueber Spasmus und Atonie der Speiseröhre.** (Fortsetzung aus Nr. 45, Schluss folgt.)

5) **Aus der ärztlichen Praxis.**

Schmolk-Rastenburg (O.-Pr): **Ein Fall von Syphilis insontium.**

Mittheilung eines Falles von luetischer Infection durch Rasiren, mit Vorschlägen zu einer gesetzlich geregelten Hygiene der Barbierstuben. Eine Maassregel, welche ärztlicherseits schon wiederholt beantragt wurde, bisher jedoch leider noch kein geneigtes Ohr gefunden hat.

6) **Krankenpflege.**

M. Mendelsohn und H. Gutzmann-Berlin: **Untersuchungen über das Schlucken in verschiedenen Körperlagen und seine Bedeutung für die Krankenpflege.** (Fortsetzung aus No. 45, Schluss folgt.)

F. Lacher-München.

Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. XXIX. Jahrg. No. 22.

A. Siegrist-Basel: **Die Gefahren der Ligatur der grossen Halsschlagadern für das menschliche Auge.**

Die Operation führte in 2 Fällen (Zungenkrebs, Exophthalmus pulsans) durch complicirende Embolie der Arteria centralis retinae zu gleichseitiger Erblindung. Die Augenspiegelbefunde und die mikroskopische Untersuchung p. mort. in dem einen Fall — die erste bei einer unzweifelhaften Embolie der Art. centralis — ergeben zahlreiche wichtige Details, die im Original nachgelesen werden wollen.

Johannes Seitz-Zürich: **Streptococcenalveolitis.**

Die schwere, einer acuten Miliartuberculose ähnliche Erkrankung endete mit voller Genesung in der 6. Woche. Im minimalen Sputum nie Tuberkelbacillen, zahlreiche Streptococcen, die für das ganze Krankheitsbild verantwortlich gemacht werden. Verfasser fügt noch einige casuistische Mittheilungen an und den Wunsch, es möchte die Differentialdiagnose zwischen tuberculösen und anderen, speciell chronischen Lungenprocessen ausgebildet werden.

Zuppinger-Zürich: **Zum Genu valgum.**

Das Verschwinden der Vagusstellung im Knie bei Flexion ist hauptsächlich scheinbar, durch veränderte Perspective und durch unwillkürliche Rotation des Femur bedingt.

A. Forel: **Alkohol und Muskelleistung.**

Referat von Kräpelin's Untersuchungen, cfr. d. Wochenschr. No. 42.

Pischinger.

Oesterreichische Literatur.

Wiener klinische Wochenschrift. 1899. No. 46.

1) S. Droba-Krakau: **Der Zusammenhang zwischen Typhusinfection und Cholelithiasis auf Grund eines in der Klinik operirten Falles.**

Es wurde schon früher festgestellt, dass der Typhusbacillus in Beziehungen zur Gallensteinbildung stehen, z. B. als solcher den Kern des Gallensteines bilden kann. In dem beschriebenen Falle, eine 53jährige Bäuerin betreffend, handelte es sich um eine chronische Entzündung der Gallenblasenwand und die Anwesenheit von Steinen, wesshalb zur Totalexstirpation der Gallenblase geschritten wurde. Aus dem völlig isolirt erhaltenen Inhalte der letzteren wurde ein Bacillus gezüchtet, der alle Merkmale des Eberth-Gaffky'schen Typhusbacillus an sich hat. Die Kranke hatte 17 Jahre vorher Typhus durchgemacht.

Der Fall bestätigt übrigens auch die Riedel'sche Theorie, welche die Kolikanfälle durch zeitweise Steigerung der entzündlichen Processe in der Gallenblasenwand erklärt.

2) F. Schopf-Wien: **Ein Trichobezoar im Magen. Gastrotomie.**

(Der Fall ist in den «Wiener Briefen» in No. 46 dieser Wochenschr. bereits beschrieben.)

3) F. v. Winiwarter-Oberhollabrunn: **Ein Fall von Hydrocele bilocularis intraabdominalis.**

Diese Art von Hydrocelen ist charakterisirt durch das Vorhandensein von 2 Säcken, von denen der eine im Scrotum, der andere im Bauche gelegen ist. Der beschriebene und im Original abgebildete Fall zeichnete sich dadurch aus, dass der im Bauch gelegene Antheil von einer seltenen Grösse war. Die Länge der im Bauche des 31jährigen Patienten befindlichen Cyste betrug 30 cm, die Breite 23 cm. Die Operationswunde heilte unter langdauernder Eiterung. Bezüglich der Behandlung ist entschieden die radicale Entfernung der Cyste der Punction vorzuziehen, besonders wenn es sich um sehr grosse Tumoren handelt, wie im vorliegenden Falle, wo der Hydrocelensack ca. 7 Liter fasste.

4) Drasche-Wien: **Ueber die operative Behandlung des tuberculösen Pneumothorax.**

Der umfangreiche, mit mehreren ausführlichen Krankengeschichten ausgestattete Artikel eignet sich nicht zu kurzem Referate. Verfasser befürwortet die operative Therapie, trotzdem sie höchst selten zu Heilungen führt, desshalb, weil doch ein relatives Besserbefinden und längere Lebensdauer der Kranken erreicht werden kann. Dr. Grassmann-München.

Prager medicinische Wochenschrift. 1899. No. 42, 44, 46.

R. v. Jaksch-Prag: **Casuistische Beiträge zur Kenntniss der im Verlaufe der chronischen interstitiellen Leberentzündung vorkommenden Gefässgeräusche.**

Einer früheren Beobachtung fügt v. J. 2 neue Fälle — nunmehr 3 : 64 Fällen — von chronischer interstitieller Hepatitis an, wo er intraabdominale Gefässgeräusche constatiren konnte, welche immer in dem Winkel zwischen Leber und Milz auftraten. Das eine Mal war es ein systolisches Blasen bei normalen Herztönen, das andere Mal ein im Laufe der Beobachtung sich einstellendes, weiterhin seinen Klangcharakter mehrfach änderndes, vorwiegend systolisches Geräusch, das von den gleichzeitigen Herzgeräuschen unterschieden war. Die Obduction bei letzterem Falle stellte eine sehr starke Erweiterung der Vena lienalis fest, in welcher mit grösster Wahrscheinlichkeit die Bildungsstelle für das Geräusch zu suchen ist.

Wiener medicinische Wochenschrift, 1899. No. 45, 46, 47.

K. Franz-Wien: **Klinische Beobachtungen während einer Maserepidemie unter den Soldaten der Wiener Garnison, mit besonderer Berücksichtigung der Diazoreaction im Harne und des Blutbefundes.**

Der Bericht erstreckt sich auf 100 Fälle. Am heftigsten wurden die körperlich sehr kräftigen, aber gegen Infectionskrankheiten überhaupt recht empfindlichen Mannschaften herzegowinisch-bosnischer Nationalität betroffen. Von vornherein meist schwer ergriffen, hatten sie bei 48 Erkrankten allein 5 Todte. Sie disponirten sehr zu Complicationen von Seiten der Lunge und auffallend oft wurde das Herz in Mitleidenschaft gezogen. Die durchschnittliche Heilungszeit war 40 Tage. Weit weniger schwer war der Verlauf bei 34 Slovaken und Rumänen (1 Todesfall), ganz mild bei den deutschen, ungarischen und italienischen Soldaten. Die Diazoprobe war bei 65,3 Proc. der Untersuchten (72 Fälle) ausgesprochen, bei 19,4 Proc. angedeutet, bei 15,3 Proc. negativ. Je deutlicher sich die uncomplicirten acuten Krankheitserscheinungen zeigten, desto ausgeprägter pflegte, mit wenig Ausnahmen, die Reaction zu sein, welche gewöhnlich langsam verschwand, um bei späteren Complicationen nicht wieder einzusetzen. Die Resultate der in einer grösseren Tabelle niedergelegten Blutuntersuchungen sind nach dem Verfasser: Leukocytose tritt höchstens bei Beginn des Ausschlages auf, schwindet dann rasch und es kommt öfters zu einer Verminderung der Leukocyten. Fast constant vermehren sich auf der Höhe des Krankheitsprocesses und gewöhnlich noch während der Reconvalescenz die mononucleären grossen Leukocyten und Uebergangsformen, während zum Theil die polynucleären, neutrophilen Elemente, zum Theil die Lymphocyten eine Verminderung erfahren.

Ibidem. No. 45 u. 46.

G. Feigl-Prag: **Die Behandlung des blenorrhoischen Cervixkatarrhes auf Grundlage des Antagonismus der Mikroorganismen nach der Landau'schen Methode.**

Die an 50 Kranken der Janovsky'schen Klinik mit Landau's Hefebehandlung gemachten Erfahrungen waren nicht zufriedenstellend. Wenn auch bei leichten Katarrhen mit geringer Secretion mehr oder minder erhebliche Besserung eintrat, so wurden stärkere Katarrhe durchaus nicht günstig, zum Theil sogar ungünstig beeinflusst — Auftreten von Schwellung der Vaginalschleimhaut, Erosionen der Portio, Zunahme des Ausflusses — so dass die Behandlung aufgegeben werden musste. In einem Falle stellten sich parametrale Schmerzen, in einem anderen ein parametritisches Exsudat ein.

Eine Vernichtung der Gonococcen fand nicht statt, bestenfalls lässt sich eine mässige Verringerung im Procentsatz positiver Befunde behaupten.

Wiener medicinische Presse. 1899. No. 47.

G. Woyer-Wien: **Zur Ichthyolbehandlung von Frauenkrankheiten.**

Die lange bekannte schmerzstillende Wirkung des Ichthyols bewährte sich dem Verfasser besonders beim Vergleich mit dem weit weniger wirkenden Petrosulfol. Ein werthvolles Mittel ist Ichthyol in der Behandlung des inoperablen Carcinoms des Uterus. Es kann oft lange Zeit die Narkotica entbehrlich machen, schränkt die Secretion beträchtlich ein und ist ein kräftiges Desodorans. W. verwendet übrigens oft — ohne schädliche Nebenwirkung — das unvermischte Ichthyol. Bergeat-München.

Englische Literatur.

Wyllys Andrews und D. N. Eisendraht: **Die chirurgische Behandlung der Blutungen im Gefolge des Magengeschwüres.** (Annales of Surgery, October 1899.)

Die Verf. geben zuerst eine Uebersicht über die bisher beschriebenen Fälle, um dann auf die verschiedenen Arten der Blutung, auf ihre Quellen, ihre Dauer und auf die Symptome, die Diagnose und die Mortalität überzugehen. Bei der Differentialdiagnose kommen vor Allem in Betracht die Blutungen aus erweiterten Oesophagusvenen, wie sie sich bei Lebercirrhose nicht selten finden. Die durchschnittliche Mortalität der Blutungen aus Magengeschwüren beträgt 5 Proc. (Leube 1,1 und Müller 11 Proc.)

Ein chirurgischer Eingriff wird nöthig, wenn es sich um häufige, wenn auch jedesmal kleinere Blutungen handelt, dann bei schwereren Blutungen, die mehr wie einmal auftreten, besonders wenn mehr wie 500 ccm bei jedem Male verloren wurden. Eine einzelne, wenn auch heftige Blutung dürfte kaum jemals eine Indication zur Operation abgeben, überhaupt sollen stets zuerst die inneren Mittel erschöpft werden, immerhin soll die Operation zwar eine Zuflucht, aber nicht die letzte Zuflucht sein.

Es werden dann die verschiedenen Operationen besprochen, die in Anwendung kommen können. Das idealste, aber nur selten mögliche Verfahren wäre die Excision des Geschwüres, statt ihrer kommt bei Geschwüren, die am Pylorus sitzen, die Pyloroplastik in Frage, die einfacher ist wie die Gastroenterostomie, annähernd normale Verhältnisse schafft und dabei Gelegenheit gibt, das Ulcus local zu behandeln, d. h. zu cürettiren und auszubrennen. In einem Achtel der Fälle findet sich mehr wie ein Geschwür und zwar ist meist sowohl die Hinter- wie die Vorderwand des Magens ergriffen.

Nach einer Incision in der Mittellinie wird der Magen eröffnet und die Innenfläche genau abgesucht. Am leichtesten geschieht dies, indem man die eine Hand an die Hinterwand des Magens bringt und nun Theil nach Theil der Magenwand aus der Magenwunde vorstülpt. Am schwierigsten ist die Cardia zugänglich, man muss, um sie zu untersuchen, den Magen elektrisch erleuchten und zwar am besten in der Trendelenburg'schen Lage. Hat man das oder die Geschwüre gefunden, so excidirt man sie, falls die innere und die äussere Magenwand zugänglich sind, da nur dann eine sicher schliessende Naht angelegt werden kann. In anderen Fällen stillt man die Blutung durch Auskratzen mit eventueller Unterbindung spritzender Arterien und durch Brennen mit dem Paquelin. Die Verfasser haben an Hunden eine Reihe von Versuchen angestellt, um festzustellen, inwieweit eine Massenunterbindung sämmtlicher in einem Zipfel von innen her aufgehobener Magenwandschichten mit Einschluss des Geschwüres sicher sei. Sie mussten sich davon überzeugen, dass ein solches Verfahren leicht zur Perforation führen kann, wenn die Unterbindung nicht von aussen her durch Serosanähte gesichert wird. Die Krankengeschichten von zwei operirten und geheilten Kranken beschliessen die interessante Arbeit. (Aus der letzten Krankengeschichte ist besonders lehrreich, dass die Operation zur Stillung der Blutung bei dem fast ausgebluteten Kranken zwar erfolgreich war, derselbe aber fortfuhr an Magenschmerzen und Zeichen der Magenerweiterung zu leiden, die keiner inneren Behandlung wichen und nach 6 Monaten eine Gastroenterostomie nöthig machten, der der Kranke erlag. Wir möchten desshalb mit Doyen empfehlen,

stets der Localbehandlung des Ulcus eine Gastroenterostomie hinzuzufügen, um womöglich den Pylorus krampf, resp. die schon bestehende Stenose, zu beseitigen. Refer.)

J. O. Symes: **Die antiseptischen und desinficirenden Eigenschaften der Seifen.** (Bristol medico-chirurgical Journal, September 1899.)

Verf. hat eine grosse Anzahl der verschiedensten Seifen untersucht und findet, dass sogenannte antiseptische Seifen (mit Ausnahme einer Seife, die Quecksilberbijodid enthält) nichts vor den gewöhnlichen Seifen voraus haben, sondern dass allen Seifen ziemlich beträchtliche antiseptische Eigenschaften zukommen.

G. H. Makins: **Ueber Darmzerreissung.** (Annals of Surgery. Sept. 1899.)

Im Anschluss an die Krankengeschichte eines von ihm operirten und geheilten Falles von Zerreissung des Coecums durch stumpfe Gewalt und ohne äussere Verletzung bespricht Verfasser das ganze Krankheitsbild der Darmzerreissung auf Grund der im St. Thomas Hospitale in den letzten 10 Jahren beobachteten Fälle. Von 8153 dort behandelten Verletzungen betrafen 292 das Abdomen, 89 Mal war ein Eingeweide zerrissen und 21 Mal der Darm. Die Verletzung ist also keineswegs häufig. Was die Symptome anlangt, so war der Schock nur in 6 von diesen 21 Fällen ein erheblicher. Blässe und Schweiss ist dagegen ein häufiger Befund. Schmerzen im Bauche sind stets vorhanden, doch brauchen dieselben weder dauernd noch sehr heftig zu sein. Die Bauchdecken werden gewöhnlich unbeweglich gehalten und sind starr, doch sind diese Zeichen durchaus nicht von pathognomischer Bedeutung. Der Bauch ist gewöhnlich im Anfang nicht aufgetrieben, sondern wird es erst dann, wenn die Peritonitis einsetzt.

Percutorisch ist das Fehlen der Leberdämpfung sehr selten, Verfasser fand es in seinen 21 Fällen nur 1 Mal, dagegen bestehen oft grössere Dämpfungsbezirke, die auf einem Collabiren grösserer Theile des Dünndarms beruhen. Hautemphysem ist selten, es wurde einmal beobachtet, ein anderes Mal fand man die Umgebung des gerissenen Darmes in beschränkter Ausdehnung emphysematös.

Die Temperatur ist im Anfang meist subnormal, steigt dann aber mit Beginn der Peritonitis an, wird jedoch selten hoch, der Anfangs langsame Puls wird schneller und kleiner. Eine sichere Diagnose ist nur selten zu stellen; vor Allem achte man auf die Anamnese, auf Schock, Schmerz, Brechen und frühe Rigidität der Bauchmuskeln, grössere unverschiebliche Dämpfungen weisen im Gegensatze zu den verschieblichen Blutungen auf Collaps der Därme, kleinere auf die Stelle des Risses und Exsudatbildung. Von höchster Wichtigkeit ist der selten zu führende Nachweis, dass in der Bauchhöhle freies Gas sich befindet oder dass Gewebsemphysem besteht.

Bei Vorhandensein eines oder mehrerer dieser Zeichen bei zunehmender Schwäche und Schnelligkeit des Pulses zögere man nicht mit der Laparotomie, die allein bei Darmzerreissung Hilfe bringen kann.

T. P. Legg: **Doppelseitiger traumatischer Chylothorax.** (St. Bartholomews Hosp. Journ. August 1899.)

Ein 62 jähr. Mann erlitt durch den Stoss einer Wagendeichsel einen Fall auf das Gesicht und wurde von dem Wagenrade überfahren, so dass dasselbe von links nach rechts über seinen Rücken ging.

Er war kurze Zeit bewusstlos, erholte sich aber rasch, an der Aussenseite der rechten Hüfte fand sich eine grosse Beule, die 2. Rippe links war gebrochen, die Halsrückengegend war äusserst empfindlich.

Am 5. Tage fanden sich die Zeichen eines grossen Ergusses in der linken Pleurahöhle, das Herz war nicht verschoben; am 8. Tage starb der Kranke. Die Section ergab einen Bruch der 2. Rippe auf beiden Seiten; die linke Pleurahöhle enthielt 3 Liter dicker milchiger Flüssigkeit, die, unter dem Mikroskope besehen, zahlreiche Fettkügelchen enthielt. Beim Schütteln mit Aether klarte sich die Flüssigkeit vollkommen auf. In der rechten Pleura befand sich eine geringere Menge derselben Flüssigkeit. Ausserdem wurde noch ein Bruch der Wirbelsäule festgestellt. Leider gelang es nicht, den Ductus thoracicus freizupräpariren, da er in blutig infiltrirtes Gewebe eingebettet war.

(Aehnliche Fälle sind beschrieben im Medical Record Vol. 40, No. 5. Langenbeck's Archiv. Vol. 32. p. 156.)

Am häufigsten wurden bis jetzt die Verletzungen des Ductus thoracicus beobachtet in Folge von ausgedehnten Operationen von Halstumoren: Keen beobachtete und beschrieb 4 derartige Fälle, von denen einer starb, die anderen 3 genasen. Einer von den Genesenen verlor täglich 2 Liter Chylus aus seiner Fistel und magerte rapid ab. Geschieht die Verletzung während einer Operation, so kann man, wie Keen dies in einem seiner Fälle that, eine Klemme an den Ductus thoracicus legen und so die Wunde verschliessen oder man tamponirt die Wunde. Bei Chylothorax kommt nur die Punction und Entleerung in Frage, die nöthigenfalls zu wiederholen ist.

Jonathan Hutchinson: **Lichen planus; scheinbare Verschlimmerung durch Arsenik; rasche Heilung durch Opium und Tartarus Emeticus.** (Archives of Surgery, Vol. II, p. 88.)

Der langen Ueberschrift ist nur hinzuzufügen, dass nach Aussetzen des Arsenik und Verschreiben von Antimon. tartar. ¼ g Nepeuthe (ein Opiumpräparat), 12 Tropfen 3 mal täglich, rapide Heilung erzielt wurde.

Jonathan Hutchinson: **Chinosol bei pruriginösem Ekzem alter Leute.** (Ibid. p. 274.)

Man benütze eine 1 prom. Lösung von Chinosol zu Waschungen aller juckenden Stellen und reibe dieselben nach den Waschungen mit einer 3 proc. Chinosolsalbe ein.

G. H. Hunter: **Symptome von Volvulus des Querkolons und die Behandlung des Volvulus durch Rotation des Körpers.** (Lancet, 19. August.)

Genaue Krankengeschichte von 4 Fällen, die allerdings sehr interessant sind, aus denen man aber kaum die Diagnose auf Volvulus mit Sicherheit stellen kann. Die Behandlung bestand in axialer Rotation des Körpers in horizontaler Lage. Eine Drehung nach rechts vermehrte in einem der Fälle die Schmerzen sehr bedeutend, während die Drehung nach links sie aufhob. (Da die Methode recht ungefährlich erscheint, kann man sie gewiss im Beginn der Erkrankung anwenden, sollte aber vorbereitet sein, die Laparotomie gleich folgen zu lassen.)

Jonathan Hutchinson: **Herpes an Stelle eines früheren Schankers, auf einer Mandel und in der Urethra ein Jahr nach dem Auftreten der Syphilis.** (Archives of Surgery, Juli 1899.)

Verfasser behandelte einen Mann wegen eines Penisschankers und zwar, wie er selbst sagt, mit solchem Erfolge, dass keine Secundärerscheinungen auftraten. Genau ein Jahr später trat genau an der Stelle des früheren Schankers eine Herpeseruption auf, die nach dem Platzen der Bläschen zu kleinen Geschwürchen führte, zur nämlichen Zeit entstanden eine Reihe von Herpesbläschen auf der gleichseitigen Tonsille und in der Urethra. Hutchinson glaubt, dass die Syphilis irgend einen Einfluss auf das Zustandekommen dieser verschiedenen Herpeseruptionen haben müsse. (Bei dem Fehlen jeder Secundärerscheinungen könnte man auch daran denken, dass es sich gar nicht um einen Schanker gehandelt habe, sondern um ein Geschwür nach Herpes.)

Willmott Evans: **Die Behandlung des Hautjuckens.** (Treatment 26. October 1899.)

Da das Jucken nur ein Symptom ist, suche man vor Allem die Ursache. Sehr wichtig ist die Diät, der Kranke muss darauf achten, welche Speisen das Jucken stärker hervorrufen. Der Stuhlgang muss geregelt werden; oft sind es wollene Unterkleider, die das Jucken hervorrufen oder unterhalten; man lasse dann Leinen auf der Haut tragen, besteht Furcht vor Erkältung, so kann Wolle darüber getragen werden. Neutrale oder überfettete Seifen sind die besten. Alle Medicationen sollen am Abend vorgenommen werden, da Nachts das Jucken stärker wird. Man beginne mit Bädern, denen ½ Pfund Soda oder 100 g Borax zugesetzt wird; auch Stärke (1 Pfund) oder Kleiebäder (2 Pfund) sind oft nützlich; auch kann man Stärke und Soda verbinden. Auch Leinsamenbäder sind brauchbar, 1—2 Pfund Leinsamen werden in Wasser gekocht und dann durch einen Muslinbeutel in das Bad filtrirt. In schweren Fällen kommt das permanente Bad in Frage. Türkische oder Dampfbäder wirken zuweilen gut und zwar wahrscheinlich durch den starken Schweissausbruch. Neben den Bädern sind Waschungen am Platze und zwar am besten mit Lösungen von Carbol, wobei auf Vergiftungen in Folge ausgedehnter Kratzwunden zu achten ist. Carbol kann mit Alkalien combinirt werden wie in folgendem Recept: Acid. carbol. liqu. 4,0. Liqu. Kal. caust. 2,0. Aqu. 250; oder Borax und Carbol in ähnlichen Quantitäten. Schwache Lösungen von Essig oder Chloroform in Wasser thun oft gute Dienste; letzteres kann auch mit Alkohol gemischt werden. Häufig wird Bleiwasser angewandt, am besten in folgender Form: Liqu. Plumbi subacet. 8,0, Glycerin 12,0, Aqu. 250,0. Theerlösungen kommen am besten in Verbindung mit Alkalien zur Verwendung, doch ist ihr Geruch vielen Leuten unangenehm, auch beflecken sie die Wäsche. Handelt es sich nur um kleinere juckende Stellen, so benutzt man Salben, unter denen die Carbolsalben, 2—6 procentig, am wirksamsten sind. Gleich darnach kommt das Ichthyol, das namentlich an entzündeten Stellen gute Dienste thut. Ichthyol 2,0, Pulv. calaminae 8,0, Ung. paraffin. ad 25,0. Auch Resorcin und β-Naphtholsalben sind oft nützlich, ebenso wie Quecksilbersalben, bei denen man aber immer an Vergiftung denken muss. Als gutes Hausmittel dient Citronensaft, der auf die juckenden Stellen gerieben wird. Innerlich kommt Pilocarpin in Frage und besonders Leberthran. Bei Pruritus ani suche man nach Fissuren oder Haemorrhoiden und beseitige dieselben. Cocainsuppositorien, auch in Verbindung mit Morphium, thun gute Dienste. Bei Pruritus vulvae denke man an Diabetes und wie bei Prur. scroti vor Allem an Filzläuse. Prur. scroti wird oft durch übermässiges Schwitzen verursacht und verordne man dann Streupulver. (Schluss folgt.)

Französische Literatur.

A. Pitres: **Studie über die Paraphasien.** (Révue de médecine, Mai, Juni und Juli 1899.)

Das Wort Paraphasie wurde zum ersten Mal im Jahre 1865 von Armand de Fleury gebraucht und bezeichnet eine Anomalie der Sprache, welche durch den Verlust des Wortverhältnisses zum Gedanken charakterisirt ist, d. h. sonst völlig gesunde und intelligente Personen wenden zum Ausdruck ihrer Gedanken ganz ungeeignete Worte an. Der erste Theil der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit der Geschichte der Paraphasie, welche im Allgemeinen mit der der Aphasie identisch ist. Im zweiten Theile folgt

die genaue Beschreibung von 6 selbst beobachteten Fällen. Es handelt sich um 2 Frauen und 4 Männer im Alter von 30—65 Jahren; in 5 der Fälle war die Paraphasie nach einem oder mehreren apoplectischen Anfällen, in dem letzten, bei einem 48 jähr. Gärtner, in Folge eines Schlages auf den Kopf plötzlich aufgetreten; meist bestand auch Paragraphie beim auswendig und dictirtem Schreiben. Der III. und Hauptabschnitt der umfangreichen Arbeit Pitres' bespricht eingehend die Symptomatologie der Paraphasie. Sie folgt gewöhnlich auf einen apoplectischen, mit Bewusstseinsverlust verbundenen Anfall; ihr auffallendstes Symptom ist die Incohärenz der Sprache oder Paraphemie und dieselbe hat gewisse Verschiedenheiten bei der gewöhnlichen Conversation, bei der Benennung der Gegenstände, bei der Wiederholung von Worten und Phrasen, beim Vortrage und Gesang; auf die genau beschriebenen Einzelheiten der Differenzirung kann hier nicht eingegangen werden. In den meisten Fällen von Paraphasie sind gleichzeitig Störungen beim Lesen (Paralexie) und Schreiben (Paragraphie) vorhanden, ohne dass jedoch dies immer der Fall sein muss; so kann das Vorwiegende die Paragraphie sein, ohne dass Paraphemie besteht und umgekehrt, und andere Varietäten mehr (es folgen 10 derartige Beobachtungen, aus verschiedenen Autoren entnommen). Paraphemie, Paralexie und Paragraphie sind demnach nicht nothwendigerweise mit einander verknüpft. Der geistige Zustand bei Paraphasie ist keineswegs ein normaler, jedoch schwer zu erklärender, die Intelligenz ist erhalten, die Patienten wissen meist, dass sie falsch sprechen, lesen, schreiben, aber sie sind nicht im Stande, die Fehler zu corrigiren. Im gewöhnlichen Leben benehmen sie sich wie andere Leute, sie verstehen sehr gut, was man ihnen sagt, ausser bei gleichzeitiger Worttaubheit, und ihre Antworten sind dem Sinne, wenn auch nicht der Form nach, sehr vernünftig. Es gibt jedoch Patienten mit Paraphasie, welche ganz incongruent sich äussern, ohne der begangenen Fehler bewusst zu sein; schreiben sie aber die Worte nieder, oder zeigt man sie ihnen geschrieben, so erkennen sie ihren Irrthum. Die Paraphasie kann vorübergehend oder dauernd sein; im letzteren Falle ist der Zustand ein sehr wechselnder, eine Ursache davon steht fest, nämlich die Ermüdung, welche stets eine Verschlechterung hervorruft. Die chronische Paraphasie hat eine unbegrenzte, meist bis zum Tode währende Dauer und führt nach gewisser Zeit auch zu geistigen Störungen, wie progressive Demenz, Delirien, Melancholie.

Der IV. Abschnitt der Arbeit bespricht die psycho-physiologischen Theorien der Paraphasie. Von den drei bis jetzt aufgestellten Theorien (Lordat, Kussmaul und Wernicke) scheint P. keine das Wesen der Erkrankung genügend zu erklären und nach seiner vierten, mit verschiedenen Beweisgründen belegten Theorie entsteht die Paraphasie aus dem Verlust gewisser Associationen, durch welche die sensorischen und motorischen Centren der Sprache unter sich und mit den psychischen Centren verbunden sind. Sie kann vorhanden sein, ohne dass eines dieser Centren zerstört oder verändert ist; sie ist ganz getrennt von der Worttaubheit, der Aphemie und Agraphie und sollte mit der amnestischen Aphasie eine Gruppe für sich, die der Associationsaphasien, bilden. Die letzteren schlägt Pitres vor, wieder einzutheilen in psychonucleäre (amnestische Aphasie und spontane Paraphemie und Paragraphie in Wort und Schrift) und internucleäre (ohne gleichzeitige Symptome von Kernläsionen: Unmöglichkeit, Worte zu wiederholen, mit lauter Stimme zu lesen, Dictirtes zu lesen oder nachzuschreiben).

Ch. Féré: **Der Heisshunger (faim-valle) der Epileptiker.** (Revue de médécine, Juli 1899.)

Der Ausdruck faim-valle stammt aus der Veterinärmedicin, wo besonders bei den Pferden eine anfallsweise auftretende übermässige Fresslust beobachtet wird. Auch beim Menschen kommt ein in Anfällen sich einstellendes Hungergefühl vor und ist nicht zu verwechseln mit dem längere Zeit anhaltenden Heisshunger, der Boulimie. Es gibt bekanntlich bei den Epileptikern psychische Aequivalente und unter diese rechnet F. auch die obige Art Heisshunger, die ganz an die faim-valle der Rossärzte erinnert. F. beobachtete sie besonders bei jüngeren Individuen, glaubt aber, dass man sie, wenn einmal bekannt geworden, häufiger und unter verschiedenen Bedingungen finden wird. Es werden zwei Fälle dieser Art bei einem 14 jährigen Mädchen und einem 15 jährigen Knaben genau beschrieben. Es tritt plötzlich ein heftiges Hungergefühl auf, welches zu Bewusstseinsverlust führt, wenn es nicht rasch gestillt wird; ist irgend eine Nahrung sofort zur Hand, so kann der Anfall coupirt werden. Statt der Krämpfe tritt in diesen Fällen der Heisshunger mit Bewusstseinsverlust auf; unter dem Einfluss der Brombehandlung kann die Epilepsie auf dieses Symptom beschränkt und auch dieses in der Anzahl der Anfälle vermindert werden. Die andere Art Heisshunger, wo keine Neigung zu Ohnmacht, zu Bewusstseinsverlust besteht und welche, wie der weiters angeführte Fall beweist, mehr als Folge der Anfälle auftritt, kommt ebenfalls bei Epilepsie vor.

G. Etienne, ausserordentl. Prof. zu Nancy: **Ein Fall von myelopathischer Muskelatrophie mit trophischen Störungen.** (Ibidem.)

Der 48 jährige Landwirth war an der typischen (Aran-Duchenne), von centralen Störungen herrührenden Muskelatrophie erkrankt, welche gleichzeitig mit ausgeprägten Arthropathien (am Schultergelenk) complicirt, ihn bis zum Skelett abmagern liess, so dass sogar die Haut (an Clavicula, am Kinn u. s. w.) sich abstiess, und unter äusserster Erschöpfung schliesslich der Tod eintrat. Den zwei Abbildungen des genau beschriebenen Falles, welche den äusseren Habitus des Patienten illustriren, sind noch mehrere über den autoptischen Befund am rechten Schultergelenk (Osteophyten) u. s. w. und die histologische Beschaffenheit des Rückenmarks beigefügt.

A. Calmette, Director des Instituts Pasteur zu Lille: **Die Bubonenpest zu Porto.** (Bulletin médical No. 85, 1899.)

C., welcher zum Studium der Pest an Ort und Stelle sich begeben hatte, legt in dieser Arbeit, welche einen äusserst zahlreich besuchten Vortrag vor der Pariser Société de médecine publique et hygiène professionnelle darstellt, seine Erfahrungen in Portugal nieder. Einleitend beschreibt er die Ansteckungswege der Pest, wie sie besonders durch die Arbeiten von Yersin und Simmond ergründet wurden, deren Ansichten (Uebertragung von den Ratten durch Parasiten auf die Menschen) er als nun fest begründet betrachtet. Cal. stellte eine möglichst strenge Untersuchung über den Ursprung der Pest in Porto an; sie datirt auf den 5. Juni zurück, wurde aber erst Anfangs Juli als solche erkannt. Die ersten Fälle brachen in der Nähe des Hafens aus und betrafen mit Vorliebe Arbeiter und Frauen, welche zum Transport von Getreidesäcken am Hafen beschäftigt wurden.

Erst Ende Juli verbreitete sich die Epidemie aus den in der Nähe des Hafens gelegenen Strassen ein wenig über die ganze Stadt und im September sind auch die Handelsstrassen des Centrums trotz ihrer Höhenlage nicht mehr verschont. Trotz eingehendster Untersuchung konnte C. den eigentlichen Eingangsweg der Epidemie nicht finden und er neigt der Ansicht zu, dass mehrere Wochen vor dem ersten Fall beim Menschen die Krankheit schon bei den Nagethieren in den armen Stadtvierteln nahe dem Flusse existirte, wo die ganze Bevölkerung der Schiffsarbeiter wohnte. Bezüglich der Form der Pest, welche in Porto auftrat, ist zu erwähnen, dass eine ziemlich grosse Anzahl von Fällen von Pestpneumonie, welche fast immer tödtlich war, constatirt wurde.

Für den unbefangenen Beobachter ist es ausserordentlich schwierig, diese Art von Pest von der gewöhnlichen und besonders von der Influenzapneumonie zu unterscheiden; nur die bacteriologische Untersuchung (zahlreiche Pestbacillen) des Auswurfs und Impfversuche ermöglichen die genaue Diagnose.

Im Uebrigen verliefen die Pestfälle ohne bemerkenswerthe Abweichungen von der Norm. In therapeutischer Hinsicht versuchte C. ein von Roux und dessen Schülern nach vielfachen Versuchen hergestelltes Pestserum. Es wurden 104 Kranke damit behandelt und während vorher die Sterblichkeit 33 Proc. betrug, sank sie seit der ausschliesslichen Serumbehandlung auf 13 Proc. Die letztere bietet keine besondere Schwierigkeit in der Anwendung, muss aber nach bestimmten Regeln, welche C. genau angibt, vorgenommen werden. Das Serum ist nie schädlich und man kann ohne Scheu 20—40 ccm täglich davon injiciren, bis jede Gefahr beseitigt ist; einer 57 jährigen Frau mit sehr schwerer septikaemischer Pest wurden in 6 Tagen 320 ccm Serum injicirt und es trat Heilung ein. In den Fällen von Pestpneumonie, die, wie man weiss, fast immer tödtlich sind, führte C. direct in die Venen 20 ccm Serum auf einmal ein und 3 so behandelte Patienten wurden gerettet. C. steht schliesslich nicht an, zu behaupten, dass alle Fälle von Pest mit dem Serum bei rechtzeitiger Erkenntniss geheilt werden können und dass dasselbe ebenso wirksam als prophylaktisches Mittel ist. Trotzdem spricht sich C. bezüglich der Einschränkung der Pest auf ihren jetzigen Herd sehr pessimistisch aus und hält nur ganz strenge Maassregeln für wirksam: Isolirung der Kranken, obligatorische Impfung aller Personen aus deren Umgebung, Zerstörung der betreffenden Häuser, methodische Vernichtung der Ratten und Mäuse in den Magazinen u. s. w.

Louis Guinon, Krankenhausarzt: **Einige Complicationen des Typhus.** (Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Juli 1899.)

Während im Allgemeinen der Typhus bei Kindern als gutartig gilt, hatte G. Gelegenheit, ausserordentlich schwere Fälle zu behandeln, welche Kinder im Alter von über 3 Jahren betrafen, die sämmtlich im Spital behandelt wurden und keine besonderen Antecedentien aufwiesen. Unter 23 Fällen hatte G. 4 Todesfälle = 17,39 Proc. Die Todesursachen waren in zweien der Fälle Darmperforation in der 2. resp. 3. Woche, im 3. Falle abundante Darmblutung (am 23. Tag) und im 4. Falle Lungencongestion und Septikaemie am 15. Tag. Ausser dieser tödtlichen beobachtete G. während dieser Epidemie einige nicht zum Tode führende Complicationen, welche eine specielle Beobachtung erheischten. Es waren das besonders Myocarditis (2 Fälle), ulceröse Stomatitis (an Lippen, Wangen und Zunge), intestinale Blutungen. Die febrilen Zustände in der Reconvalescenz sind häufig bei Kindern; sind sie vorübergehend, so bedeuten sie nur die Erhöhung eines normalen Phänomens der Regeneration, halten sie aber länger an, so handelt es sich im Allgemeinen um eine Autointoxication durch Obstipation. Zwei sehr interessante Beobachtungen betreffen einen alkoholischen Knaben von 15 Jahren mit nervösen Zufällen (Delirien, Urinretention) und einen 13 jährigen Knaben mit Nierenhaemorrhagie und Hautpetechien mit Umwandlung der einfachen exanthematischen Purpura in eine haemorrhagische. (Schluss folgt.)

Italienische Literatur.

Ueber die Verwendung der **Bierhefe in der Therapie** berichtet Bidoli (Gazzetta degli osped. etc. 1899, No. 106). Er will in einem **Falle von allgemeiner Furunculosis gute** Wirkung gesehen haben bei Anwendung von 10 g pro die innerlich und Verbrauch von 100 g in summa. Bezüglich der Schwierigkeit, ein richtiges Präparat in geeigneter Form jedesmal zur Hand zu haben, macht B. auf die Arbeit von **Conturiex aufmerksam**, welcher mit der Bierhefe ein von ihm **Fermentin genanntes Extract hergestellt** hat, welchem die therapeutische **Wirkung der Bierhefe zukommen soll.**

Von einer Zahl von 301 Diphtheriekranken in den Jahren 1897 und 1898, welche mit **Diphtherieheilserum** behandelt wurden, behandelte Cesare 48 mit dem Heilserum innerlich. Er fand die Cur ausserordentlich wenig wirksam: allenfalls noch bei Erwachsenen und in leichten Fällen. Da sich indessen die Leichtigkeit eines Falles von vornherein nie bestimmen lässt, so ist diese Art der Verwendung von Seiten des praktischen Arztes lieber ganz zu vermeiden. (Gazzetta degli osped. 1899, No. 121.)

Gegen **Erysipel** jeder Art rühmt Dematteis das **Unguentum mercuriale** mit gleichen Theilen Vaselin. Er beschreibt 8 Fälle, welche in dieser Weise sichtlich günstig behandelt wurden, darunter Formen von gangraenösem und wanderndem Erysipel. Die bactericide Wirkung des Mittels auf diesem Wege sei durch Experimente und Culturen von Miquel nachgewiesen. (Gazzetta degli ospedali 1899, No. 118.)

Ueber die **Temperaturerhöhungen bei Tuberculösen** theilt Mircoli (Gazzetta degli osped. 1899, No. 115) die Forschungen und Anschauungen der Maragliano'schen Schule mit.

Der Organismus des chronisch tuberculösen Menschen ist zwei in Bezug auf die Körpertemperatur entgegengesetzt wirkenden Factoren ausgesetzt:

a) der Wirkung der Tuberkelproteine, welche die Temperatur zu erhöhen streben;

b) der Wirkung der Tuberkelbacillentoxine, welche, wie Maragliano nachwies und Schweinitz, Dorset u. A. bestätigten, eine Temperatur erniedrigende Wirkung haben.

Von diesen entgegengesetzten Wirkungen überwiegt die zweite, weil der Tuberkelbacillus langlebig ist und die Bacillenkörper, welche der Zerstörung anheim fallen und eine Proteinwirkung entfalten, nur gering an Zahl sind. Entgegengesetzt liegen z. B. die Verhältnisse für den Pneumococcus und die Influenzabacillen, welche rapide zerstört werden und hohe Temperaturen machen.

Aber das Ueberwiegen der temperaturerniedrigenden Wirkung bedeutet nicht, dass der Körper nicht unter dem toxischen Einfluss der Proteine steht. Das wärmeregulirende System ist demnach in doppelter Weise vergiftet und krank.

Man begreift somit, wie der rein Tuberculöse, wenn er auch ein geringes Fieberniveau hat, doch leicht und schnell auf allerlei Eindrücke hin höher fiebern kann, durch eine leichte Störung seines thermischen Gleichgewichts, welches durch ein krankes Wärmeregulirungssystem nicht festgehalten wird. So können bei Tuberculösen Muskelanstrengungen, Gemüthsbewegungen, psychische Einflüsse, ja Injection physiologischer Kochsalzlösung temperaturerhöhend wirken.

Was den «Schweiss» anbelangt, welcher für Tuberculöse, auch für Nichtfiebernde, ein so charakteristisches Zeichen ist, so kann derselbe in directe Beziehung zum Tuberkelbacillentoxin gebracht werden. Maragliano hat nicht selten mit dem ätherischen Extract des Toxins bei gesunden Personen sowohl als bei Reconvalescenten von anderen Krankheiten profuse Schweisse erhalten.

Der rein Tuberculöse ist also gewöhnlich apyretisch. Dies darf nicht missverstanden werden, namentlich im Hinblick auf Secundärinfectionen pyogener Art. Ein solcher Kranker kann leicht Fieber bekommen; aber trotzdem ist er, so lange es sich um reine uncomplicirte Tuberculose handelt, fieberfrei, wenn auch leicht zum Fieber geneigt. Dies ist zu betonen gegenüber der allgemeinen Anschauung, dass zum symptomatischen Bilde der Tuberculose Fieber gehöre, selbst wenn Abstammung, anamnestische Daten, Abmagerung, Asthenie und genaue klinische Untersuchung für Tuberculose sprechen. Wenn die Trias: Husten, Tuberkelbacillen, Temperaturerhöhung fehlt, so pflegt man nur von Prädisposition zu Tuberculose zu sprechen und zu vergessen, dass Koch selbst den Kranken, sobald Bacillen im Sputum erscheinen, für die Tuberculinbehandlung schon zu weit vorgerückt hält.

Für eine erfolgreiche Behandlung der Krankheit sind somit die obigen pathogenetischen Aufklärungen sehr schwer in's Gewicht fallend. Hager-Magdeburg-N.

(Schluss folgt.)

Vereins- und Congressberichte.

Berliner Briefe.

(Eigener Bericht.)

Staatliche Poliklinik für Lungenkranke. — Gruppirung der Berliner Aerzte zur Aerztekammerwahl. — Die Aerztinnen und die Medicinische Gesellschaft.

Seit der Aera der Volksheilstätten für Lungenkranke hat sich die Fürsorge für die minder bemittelten Patienten in mannigfacher Weise bethätigt. So wurde, um eine bacteriologische Frühdiagnose zu ermöglichen, vor einiger Zeit im Institut für Infectionskrankheiten eine Station eingerichtet, in der das Sputum lungenkranker Cassenmitglieder auf Wunsch des überweisenden Cassenarztes untersucht werden sollte. Es scheint jedoch, dass diese Station sich nicht allzu reichlichen Zuspruchs erfreute, und darum wurde auf Veranlassung des Cultusministers eine andere und erweiterte Einrichtung getroffen. An der medicinischen Universitätspoliklinik wurde eine besondere Sprechstunde eingerichtet, welche den Zweck haben sollte, durch Sputumuntersuchung und in sonstiger Weise die Diagnose möglichst frühzeitig und zuverlässig festzustellen, den Kranken Rath und Belehrung zu ertheilen und in geeigneten Fällen die poliklinische Behandlung zu übernehmen. Diese letztere Bestimmung erregte das Missfallen und den Widerspruch der Aerzte, der in schleunigst einberufenen Versammlungen und Eingaben an den Cultusminister zum Ausdruck kam. Es wurde geltend gemacht, dass die beabsichtigte Sprechstunde in dieser Form weder den Interessen der Kranken entspreche, da die poliklinische Behandlung tuberculöser Personen erfahrungsgemäss sehr wenig Erfolg verspreche, noch den Interessen der Aerzte, deren Arbeitsfeld dadurch ohne zwingenden Grund noch weiter eingeschränkt werde. Die Angelegenheit hat nun eine wohl für alle Betheiligten befriedigende Lösung gefunden, und das nicht zum Wenigsten aus dem Grunde, weil der Director der Universitätspoliklinik und der designirte Leiter der Sprechstunde für Lungenleidende, die Herren Prof. Senator und M. Wolff in den Aerzteversammlungen erschienen und Gelegenheit nahmen, sich mit ihren vermeintlich geschädigten Collegen über die bestehenden Meinungsverschiedenheiten auszusprechen. Sie gaben die Erklärung ab, dass eine Behandlung von Cassenkranken nicht stattfinden solle, sondern nur eine Feststellung der Diagnose auf ausdrücklichen Wunsch der betreffenden Cassenärzte. Die Sprechstunde ist inzwischen eröffnet und ein weiterer Widerspruch nicht laut geworden. Ob sich in der Praxis die scharfe Trennung zwischen Diagnosenstellung und Behandlung bei Cassenmitgliedern, ferner zwischen diesen, den Mitgliedern der Alters- und Invaliditäts-Versicherungsanstalten (mit denen eine Vereinbarung bezüglich der Behandlung ihrer Mitglieder getroffen ist) und Unbemittelten, die ja eo ipso das Beneficium poliklinischer Behandlung geniessen, wird aufrecht erhalten lassen, wird erst die Zukunft lehren. Uebrigens kann man aber wohl annehmen, dass, wie auch immer diese Fragen sich gestalten mögen, eine wesentliche Aenderung der bestehenden Verhältnisse schwerlich eintreten wird. Die Mitglieder der Alters- und Invaliditäts-Versicherungsanstalten bilden eine Minderzahl, die nicht schwer in's Gewicht fällt, Unbemittelte und Solche, die es zu sein vorgeben, sind, gleichviel ob sie lungenkrank waren oder an einer anderen Krankheit litten, stets poliklinisch diagnosticirt und behandelt worden; und was die Mitglieder der Krankencassen betrifft, so hat die Erfahrung gelehrt, dass, seit ihnen nach Einführung der freien Arztwahl eine genügende Anzahl von Aerzten zur Verfügung steht, sie es vorziehen, bei ihren Cassenärzten von ihrem Recht auf ärztliche Hilfe Gebrauch zu machen, als in den Polikliniken nach stundenlangem Warten das Geschenk unentgeltlicher Behandlung anzunehmen.

Der Vortheil, den die Aerzte selbst dabei haben, nämlich im Falle eigener Ueberlastung oder mangels ausreichender technischer Uebung die Diagnose von anderer Seite stellen zu lassen, ist auch kaum etwas Neues, denn eine solche collegiale Gefälligkeit ist einem überweisenden Arzte weder von der Universitätspoliklinik noch von einer anderen staatlichen oder privaten Poliklinik versagt worden. Es bleibt somit eigentlich nur als einzige Neuerung die Begründung einer neuen Specialität für Lungenschwindsüchtige übrig, denn die Assistenten dieser Abtheilung werden sich wohl nach kürzerer oder längerer Ausbildung als Specialärzte für Lungenleiden fühlen und bezeichnen. Ob das gerade einem dringenden Bedürfniss abhilft, lässt sich füglich bestreiten; schliesslich aber gibt es doch besondere Specialärzte für Magen, Darm, Blase, Diabetes; es passt also nur in den Rahmen unserer specialitätenfreudigen Zeit, wenn auch die Lungen ihren Specialarzt erhalten.

Bei den Verhandlungen über die Thätigkeit der neuen Poliklinik hatte sich ein ärztlicher Verein sehr lebhaft betheiligt, der erst ganz kürzlich gegründet worden war, und der in unserem

vereinsseligen Jahrhundert ebenfalls sehr zeitgemäss ist, d. i. der «Verein der Vereinslosen» oder, wie er sich bezeichnet, die «Freie Vereinigung Berliner Aerzte». Den eigentlichen Anlass zu seiner Begründung gaben die bevorstehenden Wahlen zur Aerztekammer, in der auch den Nichtvereinlern eine Vertretung gesichert sein sollte. Somit gestaltet sich die Gruppirung der Berliner Aerzte folgendermaassen: Auf der einen Seite stehen die «Standesvereine», unterstützt von dem «Verein zur Einführung freier Arztwahl». Ihnen gegenüber stehen die im «Aerztevereins-Bunde» vereinigten Aerzte, denen wiederum der «Verein Berliner Cassenärzte» nahe steht. Den principiellen Unterschied bildet zum Theil die Stellung der betreffenden Vereine zur freien Arztwahl resp. zu den Krankencassen überhaupt, wenn auch die wirklichen Gegensätze in den beiderseitigen Wahlprogrammen nicht zum Ausdruck kommen. Was aber die beiden Gruppen, Standesvereine und Vereinsbund, hauptsächlich trennt, das sind Anschauungen, welche mit der Politik mehr zu thun haben, als mit ärztlichen Standesfragen; allerdings bestreitet die Partei, welcher solche Anschauungen zum Vorwurf gemacht werden, die Berechtigung dieses Vorwurfs, ohne jedoch in der Lage zu sein, ihn zu widerlegen. Jedenfalls sind die Gegensätze zu gross, als dass der Versuch, ein Wahlbündniss zur Aufstellung einer gemeinsamen Candidatenliste zu schliessen und so jedem Wahlkampf aus dem Wege zu gehen, gelingen konnte; ja die Gegensätze verschärften sich sogar nach den Vorbesprechungen derart, dass die «gemeinsame wirthschaftliche Commission», d. i. der Boden, auf dem die beiden Vereinsgruppen gemeinschaftlich arbeiteten, in's Wanken gerieth. Als dritte Macht erscheint nun auf dem Kampfplatz der Verein der Vereinslosen. In seinen Anschauungen steht er den Standesvereinen nicht fern, mit denen er ein Bündniss schliessen wollte, dessen Zustandekommen jedoch an der Zahl der von ihm verlangten bezw. ihm zugestandenen Kammersitze scheiterte. Er wendet sich daher mit einer eigenen Candidatenliste und einem eigenen Wahlprogramm an die Wähler und bezeichnet als sein Bestreben, «den Schaden, der aus dem Disciplinargesetz erwachsen wird, so gut es geht, zu paralysiren». Die Vereinigung steht also bezüglich der Ehrengerichte, der bedeutungsvollsten Wahlparole, auf dem extremsten Standpunkt. Sie verfügt jedoch nur über eine relativ geringe Zahl von Mitgliedern, da sie nur einen kleinen Theil der Nichtvereinler umfasst. Diese Letzteren, d. h. die wirklichen Nichtvereinler dürften, da bei den organisirten Vereinen die Kräfte ziemlich gleichmässig vertheilt sind, den Ausschlag im Wahlkampf geben, zumal da bei der erhöhten Wichtigkeit der diesjährigen Wahlen eine regere Betheiligung gerade dieser Collegen zu erwarten ist.

Bei künftigen Aerztekammerwahlen ist es nicht ausgeschlossen, dass auch die Frauenfrage mit hineinspielt, denn in absehbarer Zeit werden wir wohl auch in Deutschland approbirte Aerztinnen haben, und es dürfte dann die Frage aufgeworfen werden, ob diesen auch das active und passive Wahlrecht zukommt. Zur Zeit wird hier die Frage der Aufnahme der Aerztinnen in die medicinische Gesellschaft viel discutirt, nachdem vor einem Jahre einer Aerztin die Aufnahme versagt worden war. Die Aufnahmecommission stützte sich damals darauf, dass in den Statuten von weiblichen Aerzten nicht die Rede ist, und dass es solche im gesetzlichen Sinne in Deutschland überhaupt nicht gibt. Ein Antrag auf Einberufung einer ausserordentlichen Generalversammlung zur Berathung einer Statutenänderung wurde abgelehnt, formell aus geschäftsordnungsmässigen Gründen, thatsächlich wohl desshalb, weil die Sache zwar principiell wichtig, aber nicht so dringend erschien, dass eine sofortige Entscheidung nothwendig war. Nun steht die ordentliche Generalversammlung vor der Thür, in der die Angelegenheit besprochen und entschieden werden soll. Da die Antragsteller als Socialdemokraten bekannt sind, so erweckte der Antrag den Anschein, als ob politische Tendenzen damit verfolgt werden sollten, sie wenden sich darum schon jetzt an Anhänger aller politischen Richtungen, durch deren Unterstützung der Frage jede politische Färbung genommen würde. Es ist auch in der That kaum einzusehen, was diese Frage mit der allgemeinen Politik zu thun hat. Wenn wir auch die Uebertragung amtlicher Functionen an die in Deutschland nicht approbirten Aerzte (und Aerztinnen), wie es geschehen ist, als mit den gesetzlichen Bestimmungen im Widerspruch stehend bekämpfen müssen, so müssen wir doch, so weit rein wissenschaftliche Fragen in Betracht kommen, jeden an einer vollwerthigen Universität ausgebildeten Collegen als solchen schätzen. Diesen Standpunkt hat auch die Medicinische Gesellschaft selbst eingenommen, da sie ausländische Aerzte zu ihren Mitgliedern zählt; es ist also kein sachlicher Grund vorhanden, den im Auslande approbirten Aerztinnen die Aufnahme zu verweigerrn.

K.

(**Verein für innere Medicin in Berlin** siehe Seite 1626.)

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Bericht des Vereines.)

Sitzung vom 12. Juni 1899.

Vorsitzender: Herr Leichtenstern.
Schriftführer: Herr Dreesmann.

Herr **Leichtenstern**: «Wiederum steht der ärztliche Verein schmerzlich bewegt an der Bahre eines seiner Mitglieder, diesmal eines jüngeren Collegen, der noch eine lange Laufbahn vor sich hatte, eine Laufbahn, die er zweifellos zum Wohl der leidenden Menschheit mit bekannter selbstloser Hingabe an seinen Beruf, zu Ehren des ärztlichen Standes, zu Nutz und Frommen der medicinischen und anthropologischen Wissenschaften siegreich vollendet hätte.

Die Vorsehung hat es anders bestimmt. Treu und bieder, still bescheiden und liebenswürdig war sein ganzes Wesen, tief war der klare Born seines umfangreichen Wissens.

In der anthropologischen Wissenschaft, namentlich der messenden, der Cephalometrie und Anthropometrie hinterlässt Joseph Mies namhafte Leistungen.

Der durch diese Lieblingsstudien geweckte Zahlensinn und die damit verbundene ziffernmässige Pünktlichkeit haben auch seiner Thätigkeit als Schriftführer des ärztlichen Vereins ihren Stempel aufgedrückt.

Manchmal hat der biedere College uns heiter gestimmt, wenn er am Schlusse des Vereinsjahres das statistische Facit unserer Leistungen zog, den Fleiss und Unfleiss der Mitglieder uns ziffernmässig vor Augen führte.

Der Allgemeine ärztliche Verein hat in dem Heimgegangenen seinen langjährigen erprobten Schriftführer verloren, einen Schriftführer, wie wir ihn besser niemals gehabt haben, besser nicht leicht mehr finden werden.

Durch emsige Aufforderung zu wissenschaftlichen Vorträgen, durch energisches Beitreiben der oft zögernden Referate, durch vorzügliche Berichterstattungen über die Vereinssitzungen in den Fachjournalen, durch eine musterhafte Buchführung und Statistik hat sich Joseph Mies um unseren Verein nach Innen und Aussen hin in höchstem Maasse verdient gemacht.

Es ist mir eine liebe Pflicht und ein wahres Herzensbedürfniss, diese Verdienste des Verstorbenen um unseren Verein hier dankbaren Herzens hervorzuheben und ich bin sicher, dass Sie, meine Herren, mit meinen Gefühlen vollständig übereinstimmen.

Möge es dem Allgemeinen ärztlichen Verein nie an Mitgliedern fehlen, welche ihre Kraft und Zeit einsetzten, wie Joseph Mies es gethan hat, für das Gedeihen und Blühen des ärztlichen Vereins und für die Förderung der ärztlichen Standesinteressen.

Als schwaches Zeichen unserer Verehrung und Dankbarkeit für den Verstorbenen bitte ich Sie, sich von Ihren Sitzen zu erheben.»

Herr **Steiner: Behandlung der Ischias.**

M. H.! Meiner Beobachtung unterliegen im Allgemeinen nur die Fälle von chronisch gewordener Ischias, für die ich, wie es auch von anderer Seite bemerkt worden ist, hervorheben möchte, dass es sich in der Regel um Erkrankungen des Plexus handelt.

Was die Behandlung dieser Fälle anbetrifft, so gibt es kein Universalmittel und habe ich demnach auch nicht die Absicht, auf ein solches hinzuweisen.

Nur einige wesentliche allgemeine Punkte möchte ich besonders hervorheben:

Wie jeder erkrankte Nerv vor Allem Ruhe haben muss, lehren mich meine Erfahrungen, dass jede Ischias sofort in Ruhe versetzt werden solle, d. h. die Patienten sollen zur Bettruhe angehalten werden. Neben vielen anderen Mitteln und event. neben Morphium bei heftigen Schmerzen, welche fortlaufend die Nachtruhe stören, bevorzuge ich die Behandlung mit Chlormethyl und vor Allem mit dem constanten Strome, welch' letzterer aber methodisch nach den Regeln der Kunst ausgeführt werden muss und nicht unkundigen Händen überlassen werden darf, wo er im Gegentheil nur schädlich wirken kann.

Nach zwei Seiten ist es endlich nothwendig, die Ischias genau abzugrenzen, nämlich nach der Lumbago hin und nach der hysterischen Ischias.

Was die Lumbago anbetrifft, so kommen Fälle von Ischias vor, welche sich vermöge ihrer Localisation im obersten Theile des Nerven von der Lumbago kaum unterscheiden lassen. Dann kann man sehen, dass eine Reihe dieser Fälle bei Bewegung besser werden, die andere Reihe sich unter den gleichen Bedingungen verschlechtert. Entsprechend der Erfahrung bei der zweifellosen Lumbago halte ich die Fälle der ersten Reihe für Lumbago und die anderen für Ischias, womit der Weg für die Therapie gegeben ist.

Die hysterische Ischias, welche von grosser praktischer Bedeutung ist, unterscheidet sich in ihren localen Verhältnissen gar nicht von der gewöhnlichen Ischias. Aber man findet bei jener zunächst die Stigmata der Hysterie und weiter sieht man, dass jede beliebige locale Behandlung sofort völlige Schmerzlosigkeit hervorrufen kann, die allerdings vorübergehend ist.

Diese hysterische Ischias ist abweichend von der gewöhnlichen Ischias nach den Regeln der Hysterietherapie zu behandeln.

Auf Anfrage von Herrn Katzenstein bemerkt Herr Fr. Cahen, dass es theoretisch wohl möglich sei, durch Fixirung des Hüft-, Knie- und Fussgelenkes den Ischiadicus ruhig zu stellen, praktisch sei dies aber schwer durchführbar.

Herr Wallerstein: Mit der Verwerthung der Schmerzhaftigkeit beim Gehen als Unterscheidungsmerkmal zwischen Ischias und Lumbago möchte ich mich nicht einverstanden erklären. Recht häufig verursacht das Gehen den an Lumbago Erkrankten erhebliche Schmerzen. In anderen Fällen freilich lassen beim Gehen die Schmerzen nach, sobald die Patienten einmal «im Schusse» sind.

Immerhin darf man nicht soweit gehen, zu behaupten, dass es sich um Ischias handle, wenn Schmerzen beim Gehen vorhanden sind, um Lumbago, wenn diese Schmerzen vermisst werden oder sich verlieren.

Herr Steiner: Bei Ischias nehmen die Schmerzen beim Gehen zu, bei Lumbago, wenn man den Patienten zum Gehen veranlassen kann, bessern sich die Schmerzen dann.

Medicinische Gesellschaft zu Magdeburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 12. October 1899.

Vorsitzender: Herr Sendler.

Herr **Wenzel: Ueber den Tod in der Chloroformnarkose.**

Die Todesfälle bei der Chloroformnarkose zerfallen in 3 Gruppen:

1. Das Chloroform ist unbetheiligt am Tode; dahin gehört der Tod durch Reflexwirkung mit vollkommen negativem Obductionsbefund und der Tod durch nachweisbar andere Ursache (Apoplexie, Embolie u. s. w.).

2. Das Chloroform ist indirect betheiligt; Tod durch Erstickung (Fremdkörper) und Tod durch Auftreten von Gasblasen im Gefässsystem.

3. Das Chloroform ist die eigentliche Todesursache: Tod durch Gehirnanaemie, Tod durch Synkope, Tod durch Asphyxie, Tod durch locale Wirkung in den Athmungsorganen, Tod durch Ersticken in den Chloroformdämpfen, protrahirter Chloroformtod.

Da beim allercorrectesten Verfahren selbst dem Erfahrensten Todesfälle in der Chloroformnarkose vorkommen können, so müssen dieselben bei der Unentbehrlichkeit des Mittels als eine traurige Nothwendigkeit hingenommen werden und die Anklage der fahrlässigen Tödtung wird in den allermeisten Fällen von vornherein hinfällig sein; allein von entscheidender Bedeutung dürfte der Nachweis von aspirirten Fremdkörpern und der dadurch erfolgte Erstickungstod sein. — Eine bestimmte Art von Chloroform oder die Verwendung einer Maske kann nicht verlangt werden, nur sei das Chloroform rein, unzersetzt und werde gut mit Luft vermischt dem Kranken zugeführt. Die Narkose finde, wenn irgend möglich, in einem luftigen Raume bei Tageslicht unter Assistenz bei horizontaler Lage des noch nüchternen Patienten statt. — Man narkotisire nur bei unbedingter Nothwendigkeit, mit Einwilligung des Kranken oder seinen nächsten Verwandten und beende die Narkose so bald wie möglich. — Kein Krankheitszustand, selbst nicht der Status lymphaticus bildet eine absolute Contraindication zur Narkose.

Das Chloroform kann noch einige Tage nach der Narkose tödten und zwar durch seine zur Degeneration der Organe führenden Nachwirkungen.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 20. April 1899.

Vorsitzender: Herr Goldschmidt.

1) Herr Burgl demonstrirt pathologisch-anatomische Präparate eines Falles von **subcutaner Zerreissung von 4 inneren Organen** in Folge von Ueberfahren.

2) Herr Kiefer stellt einen Fall von **schlecht geheilter Schenkelhalsfractur** bei einem jungen Manne, entstanden durch sehr geringe Gewaltseinwirkung, vor.

3) Herr v. Rad demonstrirt: 1. Einen Fall von **Bleilähmung der rechten Hand** bei einem 49jährigen Farbmacher einer Bleistiftfabrik. Nach vorausgegangener Kolik entwickelte sich sehr rasch eine Lähmung des rechten Extensor digitorum communis, sowie des Extensor pollicis longus und in geringerem Grade des Abductor pollicis longus. Im Extensor digitorum und Abductor pollicis war die elektrische Erregbarkeit für beide Stromesarten sehr stark herabgesetzt und nur eine träge Zuckung zu erreichen. Bei Reizung des Extensor pollicis trat überhaupt nur bei sehr starken galvanischen Strömen eine schwache ASZ auf. An einzelnen Muskeln der Streckseite des linken Vorderarmes liessen sich, obwohl dieselben willkürlich vollkommen gut beweglich waren, ebenfalls Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit nachweisen. Dieselbe war im Bereiche des Extensor digitorum communis herabgesetzt, auch trat bei Reizung des Extensor pollicis longus erst bei 10 M.-A. eine schwache Zuckung auf und überwog die ASZ über die KSZ. Die übrige Untersuchung bot ausser einem Bleisaum des Zahnfleisches nichts Besonderes.

2. Einen Fall von **Syringomyelie** bei einem 33jährigen Fabrikarbeiter. Nervöse Belastungen und andere aetiologische Momente (wie Trauma) lagen nicht vor. Die krankhaften Symptome bestanden in einer Atrophie mässigen Grades der Muskeln des Daumen- und Kleinfingerballens, sowie der Interossei. Die atrophischen Muskeln zeigten noch ziemlich gute active Beweglichkeit. Fibrilläre Zuckungen fehlten völlig. Die elektrische Erregbarkeit war stark herabgesetzt, jedoch bestand keine EaR. An der glänzenden, brüchigen Haut der Hände und Vorderarme war eine Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung nachzuweisen. Die Sensibilität für Berührung war am ganzen Körper gut erhalten. Die Interphalangeal-, die Metacarpalsowie die Handgelenke waren unförmlich verdickt und aufgetrieben, die Gelenkenden knotig verdickt. An den Händen fanden sich Narben von Panaritien, die meist ohne besondere Schmerzen incidirt werden konnten. Neben einer Skoliose fand sich weiter eine Alopecia capitis sowie ein Exanthem über dem Rücken und den beiden Glutaeen. Die Untersuchung des übrigen Nervensystems bot nichts Krankhaftes.

3. Einen Fall von **amyotrophischer Lateralsklerose.**

45 Jahre alter Büttner, stammt aus einer mit nervösen Erkrankungen nicht belasteten Familie, war nie luetisch, früher ziemlicher Potator. Anfang December vorigen Jahres bemerkte er eine Schwäche in den Muskeln der rechten Hand, der bald ein beträchtlicher Schwund derselben folgte. Bald darauf stellten sich dieselben Erscheinungen in der linken Hand ein.

Die Lähmungserscheinungen und die Atrophie ergriffen bald die Streckmuskeln der Vorderarme, auch kam es zu fibrillären Zuckungen in den beiden Mm. deltoidei. Gleichzeitig mit dem Auftreten der geschilderten Erscheinungen an den Händen bemerkte Patient, dass ihm das Sprechen schwerer fiel.

Seit 6 Wochen klagt er über Behinderung des Schluckactes, es mache ihm Mühe, feste Speisen hinunterzubringen, auch verschlucke er sich leicht. Seit 14 Tagen klagt er auch über beim Gehen auftretende leichte Schwäche in den Beinen. Die Untersuchung ergab folgenden Befund:

Pupillen bezüglich Lidweite, Reaction auf Licht und Convergenz normal, Augenbewegungen frei, Augenhintergrund ohne

Befund. Die Bewegungen der vom Facialis innervirten Muskeln werden nicht besonders kräftig ausgeführt; doch fehlen ausgesprochene Lähmungserscheinungen. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, von normaler Consistenz, zeigt deutliche fibrilläre Zuckungen.

Sprache nasal, in hohem Grade dysarthrisch gestört (ausgesprochene bulbäre Sprachstörung). Das Schlucken ist sehr behindert, es fällt dem Patienten schwer, feste Speisen hinunterzubringen, dieselben bleiben in den Backentaschen liegen, auch verschluckt sich Patient sehr leicht. Stark vermehrte Speichelabsonderung. Gaumensegel hebt sich beiderseits gut. Elektrische Erregbarkeit im Bereiche des Facialis und Hypoglossus normal. Die laryngoskopische Untersuchung ergibt normale Verhältnisse.

Die Muskeln der Hände und der Streckseite der Vorderarme sind in hohem Grade atrophisch. Der Daumenballen ist beiderseits stark abgeflacht, fühlt sich sehr weich an, die I. und II. Phalanx der Daumen sind in gebeugter Stellung in die Hohlhand eingeschlagen. Die Daumen können weder gestreckt, noch gebeugt, nur minimal abducirt werden, Opposition ebenfalls aufgehoben.

Der Kleinfingerballen ist beiderseits sehr abgemagert und abgeflacht, Bewegungen des letzten Fingers in jeder Richtung sehr behindert. Die Spatia interossea sind sehr stark eingesunken (rechts noch mehr als links). Ab- und Adduction der Finger nicht ausführbar. An beiden Händen besteht Contracturstellung im Sinne der Krallenhand, doch lässt sich dieselbe passiv noch ausgleichen.

Die Haut der Handrücken ist in Folge des beträchtlichen Schwundes des Unterhautfettgewebes sehr verschieblich.

Die Vola manus ist nicht abgeflacht.

Von den Streckmuskeln sind atrophisch und fast völlig gelähmt der Extensor digitorum communis, der Extensor pollicis longus, der Extensor carpi radialis und der Abductor pollicis longus. An den Muskeln der Hände und der Vorderarme bestehen keine fibrillären Zuckungen.

Eine beginnende, mit fibrillären Zuckungen einhergehende Atrophie findet sich rechts und links vom Supinator longus, Triceps und Deltoideus.

Die Bewegungen in beiden Muskeln werden beiderseits äusserstschwach ausgeführt.

Die Hand- und Fingerbeuger sind nicht atrophisch und relativ gut beweglich. An den oberen Extremitäten fühlt man bei passiven Bewegungen leichten Widerstand; auch sind die Sehnenreflexe erheblich gesteigert.

Die elektrische Untersuchung ergibt folgendes Resultat:

Absolut unerregbar sind beiderseits der Opponens, Flexor, Abductor pollicis. Complete Entartungsreaction besteht in den beiden langen Extensoren und Abductoren der Daumen, sowie im linken Supinator longus.

Partielle Entartungsreaction zeigen die Interossei, sowie der Extensor digitorum communis, der Extensor carpi radialis der rechten und linken Hand, sowie der rechte Supinator longus.

Normale Erregbarkeit zeigen die Muskeln der Beugeseite der Vorderarme. Im Triceps und Deltoideus besteht beiderseits herabgesetzte Erregbarkeit, jedoch keine Entartungsreaction.

Die Beine sind sehr paretisch, bei passiven Bewegungen fühlt man starke Spasmen, die Patellarreflexe sind sehr gesteigert. Der Gang ist ausgesprochen spastisch-paretisch. Die Muskeln der Beine zeigen normale elektrische Erregbarkeit.

Sensibilität, Blasen- und Mastdarmfunction sind völlig intact.

Die bulbäre Sprach- und Schluckstörung, die Atrophien und Lähmungserscheinungen der Muskeln, der Hände und der Arme mit Neigung zu Rigidität und mit erhöhten Sehnenreflexen, sowie die Erscheinungen der spastischen Parese der Beine rechtfertigen die Diagnose amyotrophische Lateralsklerose.

4. Herr **Landau** berichtet über einen Fall von **laryngotrachealer Dyspnoe mit maniakalischen Störungen bei seitlichem abscedirenden Halsdrüsentumor.**

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

(Officielles Protocoll.)

Sitzung vom 21. September 1899.

Herr **Katz** gibt im Anschluss an die Demonstration eines Falles von **Irideremia congenita duplex** bei einem 4 jährigen sonst normalen Mädchen eine Darstellung dieser nicht sehr häufigen Bildungsanomalie.

Herr **Kirste** berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von **Hernia perinealis.** Es betraf dies eine 41 Jahre alte Frau, die 1 mal normal geboren und einen Abortus gehabt hatte, sonst stets gesund gewesen war. Zur Zeit klagt Patientin über starke Schmerzen in der Ileocoecalgegend und bei gefüllter Blase über einen starken Drang zum uriniren, wobei es immer längere Zeit dauere, bis der Urin gelassen werden könne. Ausserdem gab die Patientin an, dass sie öfters eine Schwellung an dem rechten Gesäss bemerke, welche ihr im Sitzen oft starke Beschwerden mache. In horizontaler Lage war von dieser Geschwulst nichts zu bemerken, dagegen zeigte sich bei aufrechter Stellung sofort nach kurzem Husten eine starke Vorwölbung zwischen der Analöffnung und dem rechten Sitzknorren. Die Geschwulst liess sich leicht zurückbringen und prallte bei jedem neuen Hustenstosse wieder gegen die gegendrückende Hand an. Schob man in horizontaler Lage der Kranken die Geschwulst zurück, so fühlte man ganz deutlich einen ziemlich grossen, scharf umrandeten Schlitz im Beckenboden.

K. macht noch auf die Seltenheit der genannten Hernie aufmerksam, und betont, dass die Diagnose derselben oft sehr schwierig sein kann, namentlich, wenn die Hernie sehr klein ist und eine Einklemmung stattgefunden hat.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 9. November 1899.

Herr **v. Frey** als Gast: **Ueber den Ortssinn der Haut.**

Nach der alten Lehre von H. **Weber** haben wir auf der Haut Empfindungskreise zu unterscheiden, innerhalb derer die Unterscheidung zweier Reize nicht mehr möglich ist. Nach demselben Autor soll je eine Nervenfaser einen solchen Empfindungskreis versorgen. **Czermak** sprach dann die Ansicht aus, dass jeder Punkt der Haut mehreren Empfindungskreisen angehört, indem die Verästelungen benachbarter Nervenfasern in einander greifen wie die Wurzeln neben einander stehender Bäume. Zwei Empfindungen können nur dann als getrennt empfunden werden, wenn ein Empfindungskreis zwischen ihnen liegt. Anatomisch ist diese Lehre einstweilen durch nichts gestützt. Nur so viel ist heutzutage als sicher anzusehen, dass die **Meissner**'schen Tastkörperchen und die Nervenkränze der Haarbälge Tastempfindungen vermitteln, und dass sich die behaarten Stellen der Haut durch grosse Empfindlichkeit, aber auch durch grosse Ermüdbarkeit und geringe Localisationsfähigkeit auszeichnen. Berührt man die Haut mit einem Haar (am besten geeignet ist das straffe, schlichte Chinesenhaar), so ist die Zahl der Stellen im Kubikcentimeter, auf denen man die Berührung spürt, verschieden gross, je nach der betreffenden Stelle des Körpers. An der Grenze von behaarter und nicht behaarter Haut ist die entsprechende Zahl überall die gleiche z. B. am Handgelenk, wo behaarte Haut an nicht behaarte grenzt. An behaarten Körperstellen entspricht die Zahl der tastempfindlichen Punkte im Kubikcentimeter genau der Zahl der Haare. Entfernt man sich von der Grenze, so nimmt die genannte Zahl oft schnell zu, sie ist z. B. am Handgelenk 16 bis 20 und im Handteller 50—100.

Was nun die Localisation anlangt, so ist zu bemerken, dass die Schärfe derselben und die Zahl der Druckpunkte sich durchaus nicht immer entsprechen. Am besten kann man zwei Berührungen als an verschiedenen Stellen erfolgend unterscheiden, wenn sie nicht zu gleicher Zeit vorgenommen werden, sondern nach einander, als bestes Intervall hat sich 1 Minute herausgestellt. Damit man aber weiss, nach welcher Richtung hin die zweite Berührung im Vergleich zur ersten erfolgt ist, muss der zwischen beiden Berührungsstellen liegende Raum beträchtlich grösser sein, als im ersten Falle. Endlich ist ein verhältnissmässig sehr grosser Zwischenraum nöthig, wenn zwei gleichzeitig erfolgende Berührungen als getrennt empfunden werden sollen.

Man unterscheidet demnach 1. eine Successivschwelle, 2. eine Richtungsschwelle, 3. eine Simultanschwelle.

Die Simultanschwelle kann 50—100 mal so gross sein als die Successivschwelle. Dieses eigenthümliche Verhalten kann nach v. **Frey** nicht auf der peripheren Anordnung der Nerven beruhen, sondern muss central bedingt sein.

Es hat wahrscheinlich seinen Grund in einer Ausbreitung, die der central geleitete Reiz in der grauen Substanz findet. Diese Diffusionskreise der Reize werden sich nun, wenn letztere gleichzeitig erfolgt sind, zum Theil decken und die Reize nicht von einander unterschieden werden können. Erfolgt der zweite Reiz jedoch nach dem ersten, so ist der erste in der Peripherie seines Diffusionskreises schon abgeklungen, die Diffussionskreise decken sich nicht mehr und die Reize werden als zwei verschiedene empfunden. Die Simultanschwelle gibt daher auch direct Aufschluss über die Diffusionskreise im Centralnervensystem.

Rostoski.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 25. November 1899.

Radiotherapie bei Lupus. — Ein Lymphextravasat. — Neuropathische Gelenk- und Knochenerkrankung. — Chronische Poliomyelitis. — Nur inländische Zahnärzte und Zahntechniker. — Zur Honorirung bei Arbeiterunfallversicherungsanstalten. — Hygiene der Eisenbahnen.

In unserer Gesellschaft der Aerzte hatte jüngst Professor Kaposi gegen die mit ungenügender Erfahrung durchgeführte Behandlung mit Röntgenstrahlen seine warnende Stimme erhoben und auf mehrere Fälle hingewiesen, in welchen dieses Verfahren intensive und langdauernde Schäden zur Folge hatte. Im Anschlusse hieran demonstrirte wieder Stabsarzt Dr. Thurnwald einen Fall von Lupus vulgaris, welchen er resp. Oberarzt Dr. Jency mit den Röntgenstrahlen behandelt und zur vollständigen Heilung gebracht hat. Ergriffen war die ganze Nase bis zum knöchernen Gerüste, die ganze Oberlippe und die Seiten der Unterlippe. An der linken Wange war ein isolirter Herd, welcher auf chirurgischem Wege entfernt und geheilt wurde. Der übrige Lupus wurde wiederholt excochleirt und mit 80 proc. Milchsäurelösung geätzt, endlich — Januar lfd. Js. — wurde zur Röntgenisirung geschritten. Wegen entstandener Dermatitis wurden mehrwöchentliche Pausen in der Behandlung gemacht, diese aber immer wieder aufgenommen, da die Besserung des Zustandes bald eine auffallende war. Heute sind alle Herde bis auf kleine Partien an den Mundwinkeln vollkommen beseitigt, die Ränder sind nur leicht elevirt und mässig geröthet, sonst Alles im Centrum glatt und blass. Redner spricht schliesslich seine Ueberzeugung dahin aus, dass die Radiotherapie bei Lupus und anderen chronischen Dermatosen kein leerer Wahn sei; sie wirke oft viel mehr als alle unsere bisherigen Verfahren.

Einen interessanten Fall von Lymphextravasat demonstrirt Dr. Armin Langer aus der Abtheilung des Primararztes Dr. Schnitzler. Ein 19 jähriger Kutscher fiel vom Kutschbocke und zwar direct auf den Rücken und wurde vom Wagen überfahren, wobei er eine Unterschenkelfractur erlitt. In der Gegend des Kreuzbeins und des rechten Darmbeins sieht und fühlt man einen grossen, schlaffgefüllten Sack, der als Inhalt pure Lymphe enthält. Man spricht hier von einem Décollement traumatique (subcutane Gewebszerreissung, oberflächlich oder tiefer eindringend) und war es Gussenbauer, der die Flüssigkeitsansammlungen dieser Höhlen als Lymphe ansprach. Das Trauma wirkt, wie man annimmt, tangential, daher die Weichtheile von ihrer Unterlage abgerissen werden, wobei zahlreiche Lymphgefässe mit zerrissen werden. Die Haut darüber ist kaum oder gar nicht haemorrhagisch verfärbt, der Inhalt des schlaffen Sackes gerinnt nicht, bleibt vielmehr vollkommen flüssig, so dass schon beim leichten Beklopfen des Sackes die Flüssigkeit in eine wogende Bewegung geräth — Undulation.

Bei der Discussion erwähnte Primararzt Dr. Schopf, dass er bereits zwei Fälle subcutaner Lymphorrhagie beobachtete, deren einer einen kolossalen Umfang hatte. In differentialdiagnostischer Hinsicht sei erwähnenswerth, dass eine subcutane Blutung zumeist plötzlich und mit einem Male in ihrer vollen Grösse erscheint, während diese Lymphorrhagie sich allmählig entwickelt, so dass die Zunahme einige Tage (in einem Falle 4 Tage) andauert. Die Resorption des Lymphergusses geht langsam vor sich, dauert Monate lang an. Er selbst versuchte eine Zeit lang die Compression des Sackes, nahm sodann die Punction desselben vor, welche aber noch zweimal wiederholt werden musste, bis die Heilung eintrat.

Docent Dr. M. Sternberg stellte einen 49 jährigen Mann vor, der seit 1895 an Schmerzen und Anschwellungen in beiden Knien litt, wodurch er zeitweilig bettlägerig wurde. Jetzt sind beide untere Extremitäten verkrümmt (X-Beine), die Kniegelenke enorm vergrössert, plump, die Knochenenden massig aufgetrieben. In den Knien und Schienbeinen mässige Schmerzen. Es fehlen sämmtliche Sehnenreflexe. Die eine Pupille ist eng, reactionslos, die linke Nasolabialfalte weniger ausgeprägt. Seit einigen Monaten blitzartige Schmerzen in den Beinen. Es handelt sich um eine sehr mild verlaufende Tabes mit Knochen- und Gelenkserkrankung. Da hier die Knochen selbst stark betheiligt sind, sollte man von tabischer Osteoarthropathie sprechen.

Im Wiener medicinischen Club demonstrirte Docent Dr. Redlich einen Fall von chronischer Poliomyelitis. Der 49 jährige Tramwayconducteur verspürte vor einem Jahre beim Absteigen vom Wagen plötzlich einen Stich im rechten Fussgelenke. Seit dieser Zeit zunehmende Schwäche im rechten Beine, seit einigen Monaten Abmagerung des rechten Beines und Schwäche im linken Beine. Die Peronealmusculatur fehlt rechts anscheinend ganz, das rechte Bein kühler als das linke, an den Oberschenkeln und in den rechten Glutaealmuskeln fibrilläre Zuckungen. Pronationserregung des linken Fusses, Dorsalflexion und Pronation des rechten Fusses und Dorsalflexion der rechten Zehen unmöglich. Plantarflexion der Zehen erfolgt rechts mit geringer Kraft. Exquisiter Steppengang, Stehen auf dem linken Beine schwierig, auf dem rechten unmöglich, ebenso Aufrichten aus hockender Stellung sehr erschwert. Patellarreflexe lebhaft, Achillessehnenreflex links vorhanden, rechts fehlend. Elektrische Erregbarkeit in der Oberschenkelmusculatur leicht herabgesetzt, in der Peronealmusculatur zeigt sich beiderseits Entartungsreaction, die kleinen Fussmuskeln rechts faradisch unerregbar. Atrophie und Schwäche nehmen stetig zu. Sonstiger Befund normal, keine Schmerzen und keine Paraesthesien. Neuritis ist hier auszuschliessen, vielmehr muss ein spinaler Process angenommen werden, und zwar nach den Symptomen eine chronische Poliomyelitis. Aetiologisch kann nur Ueberanstrengung im Dienste erhoben werden.

Es hat sich ergeben, dass eine Anzahl österreichischer Zahnärzte ausländische Staatsangehörige, welche im Auslande die Berechtigung zur zahnärztlichen Praxis erworben haben, als zahnärztliche Gehilfen in ihren zahnärztlichen Ordinationen bestellt haben und sich durch dieselben auch in ihrer zahnärztlichen Praxis vertreten lassen. Ein Erlass des k. k. Ministeriums des Innern an alle politischen Landesbehörden besagt, dass durch dieses, mit den bestehenden Verordnungen nicht im Einklange stehende Vorgehen der Zahnärzte die im Inlande zu Zahnärzten ausgebildeten Doctoren der gesammten Heilkunde und insofern die ausländischen Hilfskräfte auch Zahntechnik betreiben, auch die Zahntechniker in ihrem Wirkungskreise wesentlich beeinträchtigt würden. Die Zahnärzte sollen daher Seitens der Unterbehörden aufmerksam gemacht werden, dass zur Ausübung der zahnärztlichen Praxis jeder Art im Inlande lediglich inländische Doctoren der gesammten Heilkunde berechtigt sind, und dass die Anstellung von im Inlande zur zahnärztlichen Praxis nicht berechtigten ausländischen Staatsangehörigen als Hilfsärzte ohne besondere Bewilligung des Ministeriums des Innern unzulässig sei.

Anlässlich der Beschwerde eines Privatarztes gegen die Zuerkennung eines ärztlichen Honorars für die Abgabe eines in Angelegenheit der Arbeiter-Unfallversicherung erstatteten Gutachtens im Ausmaasse der im gerichtsärztlichen Tarife vom 17. Februar 1855 festgesetzten Gebühren hat das k. k. Ministerium des Innern mittels Erlasses der betreffenden Landesbehörde eröffnet, dass es keinen Anlass finde, hierüber eine Verfügung zu treffen, weil der in der erwähnten Beschwerde berufene Ministerialerlass vom Jahre 1891 seinem Wortlaute nach einzig und allein auf die bei den landesfürstlichen politischen Behörden angestellten Aerzte sich bezieht und kein Zweifel darüber bestehen könne, dass die Ansprüche von Privatärzten für über Ansuchen der Unfallversicherungsanstalten vorgenommene Erhebungen und sonstige Leistungen als auf einem rein privatrechtlichen Verhältnisse gegründet, keineswegs im administrativen, sondern im Civilrechtswege auszutragen sind.

Das Eisenbahnministerium hat jüngst an alle Directionen der Staats- und Privatbahnen einen Erlass gerichtet, in welchem verfügt wird: 1) die Fussböden der Wartesäle und überdachten Perrons sind häufig, und zwar dort, wo ein starker Verkehr ist, täglich, nass aufzuwischen. 2) Von Zeit zu Zeit sind auch die Wände oder Wandverkleidungen, soweit deren Beschaffenheit (Oelanstrich etc.) dies gestattet, bis zur Kopfhöhe abzuwaschen. 3) Bei Neubauten und baulichen Aenderungen ist thunlichst darauf Rücksicht zu nehmen, dass Fussböden und Wände der Reinigung in obiger Weise ohne Nachtheil unterzogen werden

können. 4) In den Wartesälen und, wo es angeht, auf Fluren und Treppen sind Spucknäpfe in ausreichender Zahl und geeigneter Form aufzustellen.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 20. November 1899.

Demonstration:

Herr **Portner** demonstrirt zwei Bacterienculturen, um zu zeigen, dass das **Bacterium coli** ebenfalls die von Piorkowski als für Typhus charakteristisch angeführten Ausläufer zeige. Dieselben stammen aus der Abtheilung von Prof. Renvers im Moabiter Krankenhaus.

Tagesordnung:

Herr **P. Jakob: Klinische und experimentelle Erfahrungen mit der Duralinfusion.**

Vortr. weist darauf hin, dass zwar über den diagnostischen Werth der Lumbalpunction Quincke's keine Zweifel mehr bestehen, die therapeutische Bedeutung aber im Allgemeinen noch in Frage gestellt werde. Er selbst habe zur Lösung dieser Fragen beigetragen und darüber schon mehrfach berichtet.

Die ersten Versuche, Flüssigkeit in den Duralsack zu bringen, datiren bis zum Jahre 1866 zurück, wo Leyden Hunden Lösungen von Eiweiss und Kochsalz infundirte und Erscheinungen hervorrief, welche dem klinischen Bild des Hirndrucks entsprachen. Es folgten dann Versuche von mehreren Seiten nach und J. selbst liess sich von dem Gedanken der Einfachheit der Entfernung von Spinalflüssigkeit und ihres Ersatzes durch medicamentöse Lösungen leiten, als er daran ging, die Quincke'sche Methode therapeutisch fruchtbarer zu machen.

Es mussten Vorversuche über die Resorption solcher injicirter Flüssigkeiten angestellt werden, wobei sich zeigte, dass infundirte Farbstofflösungen in die Substanz des Centralnervensystems eindringen, und dass auch Jodlösungen resorbirt werden und sich chemisch im Gehirn nachweisen lassen, während per os Gegebenes nach 6 Stunden nicht nachgewiesen werden konnte.

Bei allen Infusionen muss man äusserst langsam verfahren, und zur Einverleibung von ca. 25 ccm mindestens 15 Minuten verwenden.

Die Krankheiten, bei welchen er Versuche anstellte, sind: Tetanus, syphilitische Erkrankungen des Centralnervensystems, Meningitis epidemica, dann Neurosen, wie Epilepsie, Chorea, Athetose, endlich Fälle, wo es sich darum handelt, die sensiblen Reizerscheinungen herabzusetzen.

Während beim Tetanus die subcutane Anwendung des Antitoxins bislang keine nennenswerthen Erfolge gezeitigt habe, sei es in einem Falle, den Leyden letzthin schon veröffentlichte, gelungen, einen offenbar schweren Fall von Tetanus durch Duralinfusion zur Heilung zu bringen. Bei Tetanus müsse man wegen des Opisthotonus vorsichtig sein und vorher grosse Morphiumdosen geben.

Es traten in diesem erwähnten Falle nach jeder Injection stärkere Temperatursteigerungen auf.

Was nun die Jodlösungen anlangt, so musste eine äusserst schwache Lösung gewählt werden, nämlich 0,04 proc., da sonst zu stürmische Erscheinungen auftreten. Auch dabei liess es sich im Centralnervensystem nachweisen; er injicirte 25—50 ccm.

Er behandelte auf diese Weise 3 Fälle von Lues cerebri, in dem einen, einer 17 Tage lang comatös liegenden Frau mit rechtsseitiger Hemiplegie kam es zum Exitus; eine Section zur Bestätigung der Diagnose konnte nicht gemacht werden.

In den beiden anderen waren die Resultate günstig, nachdem in dem einen Jodkali innerlich ohne Erfolg geblieben sei. Die Infusionen waren auch hiebei von Temperaturanstieg, Kopfschmerz, einmal vorübergehender Glykosurie u. dergl. begleitet.

Bei Meningitis cerebrospinalis hatte er bisher keine Gelegenheit zur Anwendung des Verfahrens.

Endlich erinnert Vortragender an die interessanten Versuche Bier's und Hildebrandt's, durch Infusion von Cocain in den Duralsack Analgesie zu erzielen, die sogar grosse Operationen an den Extremitäten zuliess.

Discussion: Herr **Hans Kohn** bemerkte, dass er in einem Falle von **tuberculöser Meningitis**, einer doch jederzeit letalen Krankheit einen Versuch mit Infusion von Jodoformöl gemacht habe, und zwar schon vor langer Zeit, gleich nach der Veröffentlichung des bekannten eine Ausnahme bildenden geheilten Falles von Freyhan im Jahre 1894.

Er habe diesen Versuch einer localen Behandlung der Meningitis tuberculosa bei einem Kind auf A. Fraenkel's Abtheilung gemacht, nachdem sich in der Spinalflüssigkeit zahlreiche Tuberkelbacillen hatten nachweisen lassen. Der Erfolg war der denkbar schlechteste (Temperaturanstieg und Zunahme des Hirndrucks), so dass er in Zukunft von solchen Eingriffen Abstand genommen habe.

Noch viel weniger berechtigt erscheinen ihm die Versuche Jakob's, die Lues cerebri mit Infusionen von Jodkali zu behandeln, da man dieses Medicament doch auf dem viel bequemeren und ungefährlichen Wege per os einführen könne. Denn was solle damit bewiesen sein, wenn Herr Jakob in seinen Experimenten das per os gegebene Jodkali nicht im Gehirn auffinden konnte? Eine vieltausendfache Erfahrung beweise doch unumstösslich, dass das per os gegebene Jodkali im Gehirn bei Lues cerebri seine Wirkung entfalte? Es könnten Ausnahmen von besonders dringender Indication möglich sein, doch glaube er nicht, dass in den 3 mitgetheilten Fällen eine solche vorlag.

Beim Tetanus könnten die Verhältnisse vielleicht anders liegen; doch liegen noch keine ausreichenden Erfahrungen darüber vor; denn dem einen Leyden'schen Falle stehe der kürzlich von Schuster in der Berliner medicinischen Gesellschaft mitgetheilte gegenüber, in welchem die Duralinfusion jedes Mal eine Verschlechterung erzielte und erst durch ein anderes Mittel Heilung erzielt wurde (cf. diese Wochenschr. No. 45).

Endlich glaubt Kohn, dass Herr Jakob sich in der Wiedergabe der Selbstversuche Bier's geirrt habe.

Herr A. Fraenkel: Derselbe berichtet über einen letzthin von ihm im Urban behandelten Fall von Tetanus puerperalis mittels Antitoxin, und zwar auf subcutanem Wege. Der Erfolg war negativ.

Auch erinnert er daran, dass er schon vor vielen Jahren als Assistent Leyden's Salzlösungen u. dergl. in die Dura infundirt habe.

Herr Blumenthal erörtert die Möglichkeit einer Heilung des Tetanus durch Duralinfusionen an der Hand der Ehrlich'schen Theorie.

Herr Goldscheider: Man müsse Herrn Jakob doch dafür danken, dass er seine Versuche mit Consequenz fortgeführt habe. Die Methode wird freilich immer eine subtile bleiben. Vor Allem müsse man sich hüten, hypertonische Flüssigkeiten zu wählen. Dadurch sei freilich andererseits bedingt, dass man immer minimale Mengen des Medicaments zur Anwendung bringen könne.

Dass Jod per os gegeben nicht in der Cerebrospinalflüssigkeit nachgewiesen werden könne, erscheint ihm allerdings auch fraglich und er räth, diese Versuche doch nochmals aufzunehmen. Was das Cocain anlangt, so habe er selbst solches schon im Jahre 1894 eingespritzt in einem Falle von Myelitis spastica. Er folgte dabei dem Rathe von Ziemssen, der schon auf dem Congress für innere Medicin in Wiesbaden darauf hingewiesen habe, dass man Farb- und medicamentöse Lösungen auf dem Wege der Lumbalpunction in's Rückenmark bringen könne.

Herr v. Leyden: Derselbe hält den Eingriff zwar für subtil, aber doch nicht für so gross, wie er früher selbst geglaubt habe. In der letzten Zeit sei ihm kein unangenehmer Zufall mehr passirt. Er gebe jedoch zu, dass die Methode noch nicht abgeschlossen sei. Schliesslich weist Herr v. L. auf die Möglichkeit des Unterschieds zwischen Tetanusfällen mit und solchen ohne Tetanustoxin im Blute hin. In letzteren konnte man es aber in der Lumbalflüssigkeit nachweisen. Es dürfte sich also, je nachdem, empfehlen, entweder bloss dural oder combinirt dural und subcutan zu behandeln.

Herr A. Fraenkel: Auch in seinem Falle war im Blut kein Toxin vorhanden. Er bespricht sodann die Ehrlich'sche Seitenkettentheorie.

Herr Blumenthal, Herr Goldscheider, Herr Japha erläutern die Ansichten Ehrlich's.

Herr P. Jakob (Schlusswort): Vortragender besteht darauf, Herrn Bier richtig citirt zu haben. Wenn Kohn die Indication für die Duralinfusion des Jodkali in seinen (J.'s) Fällen bezweifele, so frage er doch, wie er der 17 Tage lang comatös liegenden Frau das Jodkali sonst hätte einverleiben sollen? (Zwischenrufe: Schlundsonde; per rectum.) H. K.

Londoner Briefe.

(Eigener Bericht.)

Erst kürzlich ist in dieser Wochenschrift[1]) über eine Rede berichtet worden, die der bekannte Aberdeener Chirurg Professor Ogston anlässlich der Versammlung der British medical Association gehalten, und worin er die Verhältnisse im Sanitätscorps der englischen Armee und Flotte einer sehr abfälligen Kritik unter-

zog und im Falle eines Krieges den völligen Zusammenbruch des bestehenden Systems voraussagte.

Rascher wie man damals vermuthen konnte, ist nun der Ernstfall eingetreten; England hat die grösste Armee, die es je in's Feld gestellt, mobil gemacht, und die ersten Kämpfe haben bereits massenhaft schwere Verwundungen im Gefolge gehabt. Es wäre sehr verfrüht, schon jetzt ein Urtheil darüber abzugeben, ob der Kassandraruf des oben genannten Chirurgen berechtigt war oder nicht, da wir erst im Beginne des Feldzugs stehen, und auch die aus Natal bisher vorliegenden Berichte viel zu unvollständig sind, um daraus ersehen zu können, in wie weit das dort arbeitende Sanitätspersonal seiner Aufgabe gerecht geworden ist. Das aber muss man ohne Weiteres zugestehen, dass zugleich mit der Mobilisirung, Ausrüstung und Verschiffung der Truppen die des Sanitätscorps erstaunlich rasch und glatt von statten gegangen ist, namentlich wenn man bedenkt, unter welch' grossen Schwierigkeiten die obersten Behörden bei der nun einmal bestehenden mangelhaften Organisation des Militärsanitätswesens zu arbeiten haben.

Schon in Friedenszeiten ist es seither nie möglich gewesen, eine genügende Anzahl von Bewerbern zur Besetzung der Militärarztstellen zu finden, und der Eintritt junger Aerzte in das Sanitätscorps hatte namentlich in Folge ungenügender Bezahlung von Jahr zu Jahr abgenommen. Man war desshalb vielfach gezwungen gewesen, im einheimischen Garnisonsdienst Civilärzte zu verwenden, und da bei dem Fehlen der allgemeinen Wehrpflicht ein Sanitätscorps der Reserve in unserem Sinne hier zu Lande nicht besteht, so war auch jetzt die Heranziehung von Civilärzten das einzige Mittel, um die vorhandenen Lücken auszufüllen.

In den letzten Wochen sind eine grosse Anzahl jüngerer Aerzte, hauptsächlich Assistenzärzte der grossen Londoner und Provinz-Krankenhäuser nach dem Kriegsschauplatze abgegangen, und ihnen sind jetzt 3 hervorragende Londoner Chirurgen gefolgt — Sir William MacCormac, Präsident des Royal College of Surgeons, der bereits im deutsch-französischen Felgzuge als Leiter der englisch-amerikanischen Ambulanz, sowie im serbisch-türkischen Krieg sich praktisch grosse kriegs-chirurgische Erfahrung erworben, ferner Fred. Treves, bekannt durch seine Leistungen auf dem Gebiete der Abdominalchirurgie und G. Makins, Chirurg am St. Thomas-Hospital.

Das Honorar für jeden dieser 3 Herren hat die Regierung in liberaler Weise nach dem Maassstabe von 5 000 £ per Jahr festgesetzt.

Zur Unterbringung der Verwundeten und Kranken der für englische Verhältnisse sehr grossen Armee von etwa 100 000 Mann, die in Kurzem in Südafrika versammelt sein werden, hat man zunächst 12 Feldspitäler, 4 Etappenspitäler und 4 grosse stehende Lazarethe vorgesehen. Natürlich werden diese Spitäler auch mit der Aufnahme einer grossen Anzahl verwundeter Buren zu rechnen haben. Ferner sind nach dem Vorgange von Amerika im Krieg mit Spanien eine Anzahl Hospitalschiffe ausgerüstet worden, von denen drei bereits unterwegs und ein viertes, welches von amerikanischen Damen gestiftet wird, noch in Ausrüstung begriffen ist. Diese Schiffe sind als vollständige Spitäler eingerichtet und haben ihren completen Stab von Aerzten, Schwestern und Krankenwärtern. Sie enthalten Krankensäle mit freischwingenden Betten, Operations-, Wasch- und Baderäume, Desinfectionsvorrichtungen, Aufzüge zum Befördern der Kranken, elektrisches Licht und elektrisch betriebene Ventilatoren, kurz die ganze Einrichtung eines modernen Spitals. Selbstverständlich sind auch die Röntgenapparate nicht vergessen, von denen ausserdem 10 complete Garnituren zum Gebrauch in den Feldlazarethen hinausgesandt worden sind. Zwei dieser Spitalschiffe sind zum Transport der Kranken von Durban nach dem Cap bestimmt, während alle Kranken und Verwundeten, deren Wiedereintritt in activen Dienst in den nächsten 12 Monaten nicht erwartet werden kann, direct nach England gebracht werden sollen.

Zum Krankentransport auf der Eisenbahn, mit dem aber bei dem Vorhandensein nur einer eingeleisigen Linie, die schon jetzt mehrfach unterbrochen ist, vorderhand nicht sicher gerechnet werden kann, hat die englische Rothe Kreuz-Gesellschaft zwei Hospitalzüge ausgerüstet, und ein dritter ist soeben in Birmingham im Bau begriffen. Zunächst wird wohl der grösste Theil der Verwundeten mittels Wagen von der Front nach rückwärts geschafft werden müssen, wobei Maulthiere und Zugochsen, die jetzt zu Tausenden in Natal und der Capcolonie concentrirt werden, zur Verwendung kommen.

In Anbetracht des in Natal zur Zeit stark verbreiteten Abdominaltyphus hat man allen Truppen während der Ueberfahrt die Präventivimpfung mit Antityphusserum anheimgestellt, und etwa 70 Proc. der Mannschaften und Offiziere haben davon Gebrauch gemacht. Es wird von hohem Interesse sein, die Ergebnisse dieser meines Wissens zum ersten Male in so grossem Maassstabe durchgeführten Immunisirung gegen Abdominaltyphus kennen zu lernen.

Zum Schlusse gebe ich noch die tägliche Ration eines englischen Soldaten, deren Kenntniss vielleicht einen oder den anderen Leser interessiren wird, bekannt. Es erhält jeder Soldat täglich 1 Pfund [2]) Fleisch (frisch, gesalzen oder in Büchsen), bei genügender Zufuhr frischen Schlachtviehes bis zu $^5/_4$ Pfund. $^5/_4$ Pfund frisches Brod oder 1 Pfund Bisquit oder 1 Pfund Mehl. $^1/_3$ oz. [3]) Kaffee und $^1/_6$ oz. Thee oder die doppelte Menge von beiden allein oder $^1/_3$ oz. Cacao oder Chocolade statt Thee oder Kaffee. 2 oz. Zucker, $1^1/_2$ oz. Salz, $^1/_{36}$ oz. Pfeffer. $^1/_{10}$ Gill [4]) Citronensaft mit $^1/_4$ oz. Zucker bei Mangel frischer Gemüse. 1 oz. gepresster Gemüse oder $^1/_2$ Pfund Kartoffeln oder frische Gemüse oder 2 oz. Erbsen oder $^1/_4$ Pfund Zwiebel oder 2 oz. Reis. $^1/_2$ Gill Branntwein gemäss besonderen Regimentsbefehls. Monatlich 1 Pfund Tabak gegen Bezahlung. Man sieht daraus, dass für die leiblichen Bedürfnisse «Tommy Atkins» hinreichend gesorgt worden ist.

K. Fürth-London.

[1]) Zum Busch: Einiges von der 67. Jahresversamml. d. Brit. med. Ass. Münch. med. Wochenschr. No. 40.

[2]) 1 engl. Pfund = 453,59 g.
[3]) 1 Unze = 28,349 g.
[4]) 1 Gill = 0,118 Liter.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 31. October 1899.

Die Präparate der Cacodylsäure.

Gautier empfiehlt im Allgemeinen das cacodylsaure Natrium oder Calcium und zwar in subcutaner Injection von 0,05 bis 0,15 cg täglich; per os und auch per rectum gegeben, verursacht die Cacodylsäure Verdauungsstörungen, Krämpfe, einen Knoblauchgeruch aus dem Munde und manchmal eine mehr oder weniger anhaltende Albuminurie. Wichtig ist, ein reines Präparat zu erhalten; dasselbe muss weiss, krystallinisch, ohne Geruch, kaum sauer beim Geschmack sein und eine Anzahl chemischer Eigenschaften besitzen, über welche G. eingehend spricht. Er wandte zu seiner vollen Zufriedenheit hauptsächlich folgende Mischung an: Natr. cacodyl. 6,4, Aqu. dest. 100,0, Alkohol. carbolis. gtt. X; dieselbe ist auch leicht zu sterilisiren. Jeder Kubikcentimeter entspricht 5 cg reiner Cacodylsäure, was die mittlere Injectionsdosis für 24 Stunden ist, die man jedoch ohne Nachtheil verdoppeln kann, wenn man den Patienten nach einer 8—10tägigen Injectionsperiode ebenso lange ruhen lässt. Im Falle von Neigung zu Congestionen, Haemorrhagien und Haemoptysen und bei jeder Menstruation bei der Frau muss man die Behandlung unterbrechen.

Sitzung vom 7. November 1899.

Mortalität und Feuchtigkeitsgehalt der Luft.

Aus der Mittheilung, welche Chiaïs-Mentone über die quantitativen und qualitativen Veränderungen des Wasserdampfes und deren Beziehungen zur Mortalität machte, geht hervor, dass das beste Verhältniss von 5 bis 12 g Wasserdampf auf 1 cbm Luft ist, was einer Dampfspannung von 5—12 mm entspricht. Wenn die Luft sehr trocken ist und der Wassergehalt auf unter 5 g pro cbm sinkt, so steigt die Mortalität an Congestionskrankheiten, Affectionen der Athemwege und des Herzens. Geht der Wassergehalt im Gegentheil über 12 g hinaus, so steigt die Mortalität in Folge acuter Krankheiten der Darmwege.

St.

13. französischer Chirurgencongress zu Paris
vom 16. bis 25. October 1899.

Als 1. Thema kam die **abdominelle Totalexstirpation des Uterus** zur Besprechung, worüber Ricard den einleitenden Vortrag hielt; nach ihm hat die vaginale Uterusexstirpation wieder an Gebiet verloren und ist bei Fibroiden nur am Platz, wenn selbe klein und der Uterus mobil (d. h. derselbe sich herabziehen lässt) und bei weiter, ausdehnbarer Vagina. Die Indication zur abdominellen Totalexstirpation ist viel ausgedehnter, die geringste Unsicherheit der Diagnose indicirt den abdominellen Weg, der allein für explorative Zweck geeignet ist; auch die Carcinome des Uteruskörpers werden zweifellos besser auf abdominellem Wege entfernt, da die Exstirpation derselben auf vaginalem Wege bei den meist brüchigen, septischen Massen nicht rathsam, die Blutung dabei schwer zu bemeistern ist. Betreffs der Collumcarcinome sind die Ansichten noch verschieden; die Befürworter der abdominellen Hysterectomie betonen, dass der vaginale Weg, der die erkrankten Lymphdrüsen zurücklässt, nicht radicaler sei, als die allgemein als ungenügend erklärte Amputation des Collum und halten den abdominellen Weg auch hier für den leichtesten und unschädlichsten, die beste Chance für die Heilung bietenden, da die kranken Lymphdrüsen unter dem Peritoneum dabei mitentfernt werden. Auch bei den vorgeschrittenen Fällen mit Uebergreifen auf die Umschlagstellen des Bauchfells, die Lig. lata, bei denen die vaginale Uterusexstirpation schwierig und meist ungenügend bleibt, lässt sich durch abdominelle Hysterectomie noch Heilung anstreben, die auf vaginalem Wege nicht mehr zu erreichen. Die Mortalität ist nach 1232 Fällen bei totaler abdomineller Uterusexstirpation 9,6 Proc., bei supravaginaler (nach 1058 Fällen) bloss 4,5 Proc. und desshalb im Allgemeinen, zumal bei Fibroiden etc., die letztere vorzuziehen. Betreffs Carcinom schwankt die Mortalität nach französischen und ausländischen Statistiken für die vaginale Hysterectomie zwischen 17 und 20 Proc., für die abdominelle ist sie 23 Proc. (Auclair). Diese letztere würde sich aber nach R. mindern, je mehr sich die Chirurgen mit der Technik der abdominellen Totalexstirpation vertraut machen würden, auch würde letztere meist in schlimmeren Fällen ausgeführt. Die vaginale Methode hat den Vortheil grösster Leichtigkeit bei Erkrankungen des Collum, doch kann sie nur als Palliativoperation angesehen werden, da sie die erkrankten Drüsen zurücklässt.

Terrier berechnet nach seiner Erfahrung für die abdominelle Hysterectomie 16,33 Proc., nach den neuesten 59 Fällen bloss 8,47 Proc. Mortalität. Die Mortalität der subtotalen blieb stets kleiner, als der totalen (8,08 gegenüber 22,8 Proc. Mortalität). Für seine abdominellen Totalexstirpationen bei Cancer uteri berechnet er 20 Proc. Mortalität, die definitiven Resultate seien aber schlecht, da von 9 bei entsprechender Nachuntersuchung wieder gefundenen Patienten alle Recidive oder verdächtige Härten hatten. Für die abdominellen Hysterectomien wegen Beckeneiterung constatirt T. 17,64 Proc. Mortalität; auch Quenu empfiehlt die Hysterectomie auf abdominellem Wege für alle Fibroide, während er früher mehr für die vaginale Totalexstirpation war, und hält erstere für sicherer und leichter, er verwirft alle combinirten Methoden und sieht in der Technik der abdominellen Operation, die jeden Contact der Instrumente oder Finger mit der Vagina vermeidet, den grössten Vortheil. Seit 1896 hat er 114 Fibroide operirt (38 vaginal, 76 abdominell) mit 1,75 Proc. Mort., für die abdominelle Hysterectomie berechnet er 2,63 Proc. Misserfolge (er verzeichnet 72 supravaginale Operationen ohne Todesfall). Auch nach Boeckel ist die Hysterectomie die einzig rationelle Behandlung der Fibroide, da diese, abgesehen von den Blutungen, auch andere schwere Störungen (Eiterung etc.) bedingen können, man soll nicht schwere Symptome abwarten; von 50 abdominellen Hysterectomien hat B. 12 Proc. verloren, davon ist jedoch nur 1 Fall direct auf die Operation zu beziehen. Gross-Nancy berichtet über 82 Beobachtungen abdom. Hysterectomie (71 bei Fibroiden, 2 bei Haematometra, 4 bei Sarkom, 5 bei Carcinom, die letzteren ohne Todesfall). Routier betont besonders die Bedeutung der abdominellen Totalexstirpation bei Beckeneiterungen. Tuffier erhält bei der abdominellen Totalexstirpation die Ovarien, wenn ihre Entfernung nicht absolut nöthig erscheint und ligirt die Art. uteroovar. ohne Massenligatur (benützt Rennthiersehnen als Ligaturmaterial); von 108 Fibroidfällen unterband er 2 mal die Arterien, 10 mal castrirte er, 8 mal machte er die Totalexstirpation vaginal, 2 mal (erfolgreich) die Totalexstirpation auf abdominellem Weg. Krebs operirt er seltener, unter 20 Fällen, die er durchschnittlich jährlich sieht, sind kaum 3, die leidliche Chancen für Totalexstirpation bieten. Doyen plaidirt bei Fibroidoperation für Unterbindung der blutenden Gefässe, wie bei anderen Operationen, er entfernt die Ovarien stets mit, in einigen Fällen, wo dies nicht geschehen, mussten nachträglich die Adnexe oder Stümpfe derselben entfernt werden, auf 400 Fibroide berechnet er 3 Proc. Mortalität der abdominellen Totalexstirpation. Bei Puerperalfieber verwirft D. die Totalexstirpation. Delagénière-Le Mans führte die abdominelle Totalexstirpation 118 mal aus (74 mal bei Fibroiden, 24 mal bei malignen Tumoren, 20 mal bei Beckeneiterung), Hartmann 88 mal (mit 5 Todesfällen, 5 wegen Carcinom Operirte genssen Alle). Montprofit-Angers hatte auf 84 Operirte 16 Todesfälle. Legueu, Villar, Phocas, Mauclaire, Jonnesco u. A. betheiligten sich weiter an der im Allgemeinen die abdominelle Hysterectomie befürwortenden Discussion.

Mondot-Oran berichtete über 2 Fälle von **Hirnchirurgie**: 1.) Entfernung einer 3 Jahr und 7 Monate 4—5 cm tief im Gehirn steckenden Kugel, die schwere psychische Störungen veranlasst hatte (so dass Patient in Anstaltsbehandlung kam), mit vollständiger Heilung; 2.) den Fall einer Trepanation wegen schwerer Epilepsie nach Fall auf den Kopf (7—8 Anfälle im Tag), der Schädel war an Stelle der früheren Narbe 2 mal so dick als normal und wurde mit Meisel soviel abgetragen, bis man auf normale Dicke kam, seitdem ist Patient geheilt.

Vidal besprach die **Indication und Contraindication der Sympathicusresection bei essentieller Epilepsie**, die er in den Fällen physiologisch gerechtfertigt ansieht, in denen Hirnanaemie als Hilfsfactor für die epileptischen Erscheinungen in Betracht kommt, dagegen in den Fällen mit Gehirncompression als contraindicirt ansieht.

Moure-Bordeaux besprach einen durch chirurgisches Eingreifen geheilten **subduralen Abscess**, Poncet-Lyon das maligne **Rachenrhabdomyom**, Rivière die **Osteome der Nasenhöhle**, Morestin die Struma bei **Basedow'scher Krankheit**, Poncet die **Struma maligna** im Anschluss an 47 Fälle von Schilddrüsenkrebs, der sich meist an schon vorher bestehende Struma anschloss, meist erscheint ihm die Therapie machtlos, nur in den Formen, in denen der Krebs eine intracystöse Entwicklung zeigt, kann derselbe radical entfernt werden.

Dor-Lyon besprach die **Cysten der Mamma**, Braquehaye-Tunis die **Amputation der Mamma** nach modificirter Halsted'scher Methode. Delagénière-Le Mans empfiehlt danach hauptsächlich die Thiersch'sche Transplantation zur Deckung der Wunde.

Montprofit berichtete über 40 Fälle betreffs **Magenchirurgie**. 11 Pylorusresectionen wegen Krebs (8 Heilungen), 24 Gastroenterostomien wegen Krebs (3 Todesfälle), 4 bei gutartigen Affectionen (sämmtliche geheilt) und eine erfolgreiche Resection des Pylorus wegen Narbenstenose. Je nach der Lage des Falles operirt M. nach Wölfler oder Hacker, plaidirt für baldige Operation in den Fällen, in denen medicinische Therapie erfolglos erscheint, zumal wenn ein Tumor fühlbar, soll man nicht warten. Hartmann betont die günstigeren Resultate der Magenoperationen heutzutage, während er z. B. früher 50 Proc. Mortalität der Gastroenterostomie hatte, verzeichnet er dieses Jahr auf 12 Fälle nur einen Todesfall. In allen Fällen, in denen man nach 14 stündigem Fasten noch Speisereste im Magen findet, könne man Pylorusstenose annehmen und müsse eingreifen. Pantaloni-Marseille berichtet über 15 Gastroenterostomien nach der Methode von Roux, die er allen anderen Methoden vorzieht, da sie das Zurückfliessen des Mageninhaltes in's Duodenum und das der Galle in den Magen verhindert, er lässt seine Patienten auch in den ersten 48 Stunden Nahrung nehmen; auch Roux schildert die Vorzüge seiner Methode an einem Fall, den er nach 4 erfolglosen Methoden durch die Gastroenterostomie nach seiner Methode heilte. Doyen brachte an dem Murphyknopfe eine ineinandergreifende Vorrichtung an, die die Ligaturen und Suturen unnöthig erscheinen lässt. Montprofit berichtet über einen Fall von Resection von 3 m 10 cm Darm gelegentlich einer Hernienradicaloperation, da die Schlingen in dem Leistenbruch total verwachsen waren und somit nur in toto reponirt oder resecirt werden konnten. Der Patient genas. (Fortsetzung folgt.) Schr.

IV. französischer Congress für Urologie,
abgehalten zu Paris vom 19.—21. October 1899.

Malherbe und Lequeu waren die Berichterstatter über das Hauptthema des Congresses, die **essentielle Haematurie**. Es werden fünferlei anatomische Ursachen dieser sogenannten essentiellen Haematurie angenommen, die durch Steine, durch Nephritis, durch Tuberculose der Niere, durch Wanderniere und bei Schwangerschaft entstehenden. Es gibt ferner auch Harnbluten bei Haemophilen und auf angio-neurotischer Basis. Die Beobachtung lehrte also in allen oder fast allen Fällen, die genau studirt und anatomisch untersucht worden sind, dass wirkliche anatomische Veränderungen der Nieren die Haematurie verursachen und dass es in Folge dessen falsch ist, den Ausdruck essentielle Haematurie zu gebrauchen. Alle Fälle von Harnbluten sind symptomatische Erscheinungen und entstehen aus einer allgemeinen (toxischen oder infectiösen) Ursache oder einer localen Affection. Bei einigen Fällen, welche mit diesen Ursachen nicht zu erklären sind, dürften Veränderungen des Blutes oder der Einfluss des Nervensystems eine Rolle spielen. Was die Behandlung betrifft, so hat die medicamentöse nach der Berichterstatter Ansicht nur wenig Werth, denn die Fälle, welche sie im Auge haben, sind gerade jene, die sehr lange derselben widerstehen. Es kommen dabei in Betracht Ruhe, strenge (Milch-) Diät, haemostatische Mittel (Hamamelis virginica, Hydrastis canadensis) und Tonica. Nur selten kommt man aber mit dieser Therapie zum Ziele und man muss entweder den Kranken zu Grunde gehen lassen oder einen chirurgischen Eingriff versuchen. Derselbe ist entweder radicaler oder conservi-

render Art, erstere wird durch die Nephrectomie, letztere durch die Nephrotomie, die einfach explorirende Incision, dargestellt. Die Nephrectomie darf nur ausgeführt werden, wenn man über den absolut oder relativ gesunden Zustand der anderen Niere sich orientirt hat, was durch den Katheterismus der Ureteren möglich ist. Bei Neoplasmen geringen Volumens kann man mit der partiellen Nephrectomie auskommen, bei grösseren Tumoren ist die complete nothwendig, ebenso meist in Fällen von Nierentuberculose. Die Nephropexie ist für die Wanderniere die genügende Operation, um die, mit der Nephroptose zusammenhängenden, rebellischen Blutungen zum Verschwinden zu bringen. Die Nephrotomie selbst war von einem glücklichen Resultat begleitet in den Fällen, wo sogar Nephritis im Spiele war, und war ihre Wirkung wahrscheinlich die einer wohlthätig ableitenden (intensive Decongestion).

Im Allgemeinen sollte man sich also zur Regel machen, immerhin die Nephrotomie zuerst auszuführen, die Nierenexstirpation kann, wenn nöthig, immer daran angeschlossen werden.

Guyon bespricht die Haematurie während der Schwangerschaft, wovon er drei Fälle erlebte und im Ganzen mehr als 14 veröffentlicht sind. Nach seiner Erfahrung kann dieselbe renalen oder vesicalen Ursprungs sein. Wie die cystoskopische Untersuchung lehrt, befindet sich der ganze Harnapparat bei der Schwangerschaft des Weibes in einem Zustande der Congestion, welcher bei vorhandener haemophiler Disposition zu Blutungen führen kann.

Tédenat-Montpellier berichtet über mehrere Fälle von Haematurie, welche mehrere Jahre hindurch den Anschein sog. essentieller Haematurie gehabt haben, bis plötzlich schwere Erscheinungen Bright'scher Krankheit ausbrachen; die Haematurie bildete also lange Zeit hindurch das Vorläuferstadium dieser Nierenaffection.

Pousson-Bordeaux berichtet über zwei Fälle (von Nierenstein und abnormer Verengerung), wo durch den Retentionseinfluss auf die Nieren Blutungen entstanden. P. hebt auch die häufige Unmöglichkeit hervor, mit blossem Auge feinere Veränderungen der Nieren bei der Nephrotomie zu verkennen und empfiehlt, kleine Stückchen zu genauerer Untersuchung zu entnehmen. (Nephropexie).

Nach Boursier-Contrexéville kann die Haematurie lange Zeit das einzige Symptom der renalen Lithiasis sein, auch die Harnsäure allein kann Haematurie verursachen, indem sie Nierencongestion verursacht und als Vorläufer von Gicht u. s. w. solche Blutungen zu betrachten sind. Das oxalsaure Calcium mit seinen scharf zugespitzten Krystallen verursacht noch häufiger Haematurie, welche dann ziemlich abundant, fast continuirlich ist und mit der Menge des oxalsauren Calciums zunimmt, aber verschwindet, wenn dasselbe durch Harnsäure ersetzt wird. Gewisse Fälle von cystischer, anfallsweise auftretender Haematurie, die man bei Kindern der ärmeren Classen beobachtet, entstehen durch Oxalurie und sind auf die durch letztere hervorgerufenen (Verdauungs- oder nervöse) Störungen zurückzuführen.

Escat-Marseille spricht über die renale Haematurie bei Prostatikern, welche häufiger sei als man glaube und meist durch vesicale Haematurie maskirt werde. Bei der Sklerose der Gefässe sei der Harnapparat fortgesetzter Distension ausgesetzt und secundär trete oft noch Infection hinzu, so dass secundär eine septische Haemorrhagie entsteht. Letztere ist unheilbar und der Patient kann mit vorherrschenden Anzeichen von Haemorrhagie, Infection oder Uraemie sterben. Vom therapeutischen Standpunkt aus kann die Theilnahme der Niere den Misserfolg jeglicher Intervention bei den Haematurien der Prostatiker erklären. Die Dauersonde, gut eingelegt und überwacht, die Aspiration des Blutgerinnsels und die Blasendesinfection bringen die grosse Mehrzahl von Haematurien zum Stillstand; im Falle des Misslingens dieser Mittel dürfte auch die Cystotomie nichts nützen.

Pasteau berichtet über einen Fall von Harnbluten bei Wanderniere; Desnos über Haemorrhagien bei Gichtkranken.

Motz-Paris spricht über die **Abortivbehandlung der Blenorrhagie.** Befindet sich der Kranke in entsprechenden Verhältnissen, so wird unmittelbar die Ausspülung der vorderen Harnröhre mit Kal. permangan. (1:500), 12 Stunden später mit einer 0,1 proc. und darauf mit einer 0,2 proc. Lösung desselben Mittels gemacht. Vermindert sich die Secretion und wird dünnflüssiger, so wird mit der letzteren Lösung fortgefahren; wird im Gegentheil das Secret nicht weniger, so wird noch eine dritte und vierte Ausspülung mit der 0,1 proc. Lösung gemacht. Von 25 so behandelten Fällen gaben 23 ein befriedigendes Resultat.

Noguès-Paris glaubt, das ganze Geheimniss der Gonorrhoebehandlung liege in folgenden zwei Punkten: 1. nur bei den Kranken einzugreifen, welche noch im Vorstadium der Gonorrhoe sind und sich jeder Behandlung bei Jenen zu enthalten, welche bereits in das acute Stadium eingetreten sind; 2. genau die Indication zur Ausspülung der hinteren Harnröhre festzustellen. Von beiden Gesichtspunkten aus ist N. ein überzeugter Anhänger der Methode von Motz, welche ermöglicht, die ganze Harnröhre auszuspülen, ohne heftige Schmerzen, Urethrorrhagie oder sogar Harnretention zu erzeugen, und N. sehr gute Resultate gegeben hat.

Guiard-Paris bleibt ein erklärter Feind der starken Lösungen, welche einen serösen Ausfluss verursachen; das Serum ist bekanntlich der beste Nährboden für die Gonococcen, andererseits verursachen die starken Dosen Schmerzen und andere Zufälle. Die schwachen Dosen von 1:5000 bis 1:10,000 sind ebenso wirksam, rufen aber keine Schmerzen oder Haematurie oder serösen Ausfluss hervor, welch' letzterer Umstand beweist, dass dieser keineswegs unumgänglich nothwendig zur Heilung ist.

Castan-Beziers untersucht bei chronischer Urethritis genau Morgentropfen, Harnfilamente, Urethra- und Prostatasecret nach vorheriger Massage. Bezüglich der Behandlung macht er in allen Fällen die systematische Erweiterung, meist bis zu 30, mit Massage des Canals und der Prostata. C. glaubt nicht an die Specifität eines Medicaments, ausser für die gonorrhoischen Formen, wo die Wirksamkeit des Kal. permangan. nicht bezweifelt werden könne (ausgedehnte Spülungen mit 1:10,000). Ueberzeugt von der grossen Häufigkeit der Urethritis posterior und der chronischen Prostatitis wendet C. seit einiger Zeit nur die Injection mit Arg. nitr. nach Guyon an. Von 30 Fällen chronischer, nach diesen Principien behandelter Gonorrhoe seien 28 völlig ausgeheilt.

Guiard weist auf die Wichtigkeit weitgehender Dilatationsbehandlung, sowohl in curativer wie in prophylaktischer Beziehung hin.

Albert Hogge-Liège spricht über **Behandlung der Prostatitis mit Elektromassage.** Derselbe hebt die Schwierigkeiten der aetiologischen und anatomischen Diagnose der subacuten und chronischen Prostatitis hervor. Was den Werth der Massage für Diagnose und Therapie begrenzt, ist, dass nur ein Theil der Drüse dem untersuchenden Finger zugängig ist und, um einigermaassen die Wirkung der Massage zu erhöhen, verband H. damit die continuirliche Elektrisirung (Galvanisation) der Prostata. Auch bei Prostatahypertrophie wandte H. diese Methode an und hat insofern gute Wirkung erzielt, als die Zahl der nächtlichen Mictionen geringer und dieselben leichter wurden; das war aber nur im Anfangsstadium der Krankheit der Fall, wo die Congestion das Hauptsymptom ist, späterhin blieb die Massage wirkungslos und war die Sonde vor Allem angezeigt.

Janet-Paris empfiehlt ebenfalls die Faradisation der Prostata für gewisse Fälle, wenn er auch die Hand- oder elektrische Massage Ausspülungen, Instillationen und topische Mittel nicht ausschliesst.

Estor-Montpellier und Carlier-Lille sprechen über **Blasensteine bei Kindern** und deren Behandlung. Ersterer machte in 11 Fällen den oberen Blasenschnitt und räth in den Fällen, wo man bis zum unteren Theile der Blase incidiren muss, die Naht nicht vollständig zu machen, sondern einen kleinen Drain einzulegen. Carlier hat seine 20 Patienten völlig geheilt, 11 mit Lithothritie, 9 mit oberem Blasenschnitt, wovon 5 mit Drainage und 4 mit totaler Naht.

Chevalier-Paris und Pousson-Bordeaux sprechen über **Fremdkörper der Blase** und führen eine Reihe merkwürdiger Fälle an; Ersterer von 3 Frauen und 2 Männern (Sondenstücke); bei den Frauen werden die Fremdkörper meist zu nicht therapeutischem Zwecke eingeführt. P. beschreibt 3 Fälle des Näheren.

Escat bespricht 2 Fälle von **Bacteriurie**, welche 15 resp. 20 Jahre gedauert und eine Cystitis vorgetäuscht haben; die Phosphate waren in beiden Fällen vermindert, waren aber durch die Alkalescenz des Harns präcipitirt worden und hatten eine Pseudophosphaturie und -pyurie vorgetäuscht. Weder Instillationen noch Arg. nitr.-Injectionen oder Salol innerlich besserten diesen merkwürdigen Zustand, mit täglichen Borwasserausspülungen ohne Sonde befinden sich die Kranken relativ wohl.

Noguès-Paris spricht über **purulenten Urin und Tuberculose.** Ersterer ist für ihn auch bei Abwesenheit aller Arten von Mikroorganismen ein Zeichen von hohem Werth, man beobachte jeden Tag Harnarten, welche bei directer Untersuchung nichts Anderes als Leukocyten ergeben, welche eine Affection der Blase oder der Nieren bedeuten, deren schliessliche Entwicklung die tuberculöse Natur zeigt. Die directe Untersuchung auf Tuberkelbacillen, ebenso wie die Culturen sind unsicher für die Diagnose, von wirklicher Bedeutung und Sicherheit sind für N. nur Impfversuche, wofür er eine Reihe von Fällen anführt.

Duret-Lille spricht über **Harnbeschwerden bei Appendicitis** und theilt sie ein in prolongirte Retention, Dysurie und Pyurie. Durch die Nähe des in ectopischer Stellung befindlichen Wurmfortsatzes wird eine Pericystitis und eine Blaseninfection auf Distanz verursacht, ferner können Eiteransammlung und pyo-vesicale Fisteln entstehen. Eine 3. Art von Affection wird durch perivesicale oder stercorale oder einfache Blasensteine hervorgerufen. In all' diesen Fällen kann Heilung durch rasches Eingreifen in den Herd des Wurmfortsatzes oder durch Behandlung der Fistel erzielt werden

Albarran bringt eine **neue Methode zur Erforschung der Nierenfunction,** die **Cryoskopie,** welche er gemeinsam mit **Bernard** und **Bousquet** ersonnen hat und welche mit dem Einfluss, den auf die moleculäre Concentration des Urins die Veränderungen des Nierenparenchyms ausüben, zusammenhängt. Bei einseitiger Nierenaffection ist es nothwendig, mit dieser Methode den Katheterismus der Ureteren zu verbinden. Nach dem Urtheile der drei Erfinder bietet diese Methode unbestreitbare Vortheile vor den bisherigen Mitteln zur Erforschung der Nierenfunction;

sie soll besonders den Werth der Elimination durch die Nieren sowohl für die chemische Analyse wie für die Schätzung der Menge eliminirter Molecüle genau angeben.

(Nach Bulletin médical.) Stern-München.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Naturwissenschaftliche Akademie zu Catania.

In der Sitzung vom 17. September bespricht **Petroni** die Bedeutung der **Haematoblasten** oder **Blutplättchen.**

Dieselben existiren bei den Säugethieren wie Wirbelthieren nicht als natürliche Elemente des Blutes, sondern als Kunstproducte, deren Erzeugung der Willkür des Untersuchenden unterworfen ist.

Sie sind die Kerne der Blutkörperchen, welche frei geworden sind, tragen alle Charaktere derselben, besonders die Eisenreaction. Ihr Auftreten hängt ab von der geringeren physiologischen Resistenz, von Alter und pathologischer Beschaffenheit der Körperchen oder von der blutauflösenden Beschaffenheit der Medien, in denen sie sich befinden. Unter 20 Blutkörperchen befindet sich, wie man annehmen darf, ein altes, welches zur Zerstörung bestimmt ist, und auf die leichtesten künstlichen Einflüsse hin sich zersetzt und den Plättchenbefund bewirkt.

Hager-Magdeburg-N.

X. Congress des ital. Vereines für innere Medicin.

in Rom vom 25. bis 28. October 1899.

(Eigener Bericht.)

(Schluss.)

Ferranini L.-Palermo: Zur Pathologie des Herzens.

F. berichtet über 11 Fälle von Spaltung des ersten Tones bei Mitralstenose; er acceptirt die von Samson und Potain gegebene Erklärung. Bei Erhöhung des arteriellen Druckes (Cardiokinetica) tritt an Stelle des Doppeltones ein einfacher Ton mit präsystolischem Geräusch ein. Weiters macht er Angaben über Herzhypertrophie bei Mitralstenose. Rechtes Herz und linker Vorhof sind immer hypertrophisch; linkes Herz in seinen Fällen nur sehr häufig, in Folge myocarditischer Processe, Hypertrophie der beiden Herzkammern gemeinsamen Fasern, manchmal in Folge von Druckerhöhung im arteriellen System. Endlich berichtet er über Skelet- und psychische Anomalien bei der Cardioptose, die er desshalb, wie alle Ptosen, auf Entwickelungsstörungen (Teratogenie), durch die auch das elastische Gewebe betroffen wird, zurückführt.

Bignami und Bastianelli: Aetiologie der Malaria.

Redner legen das Resultat ihrer mit Grassi durchgeführten Forschungen über die Aetiologie der Malaria vor. Die ersten Forschungen der neueren Richtung rühren von Ross her. B. u. B. haben diese Forschungen betreffs der menschlichen Malaria vollständig durchgeführt. Demnach durchläuft der Malariaparasit der Aestivo-Autumnalfieber, der Tertiana und Quartana gesonderte Entwicklungscyklen im Menschen und gewissen Mosquitoarten (Anopheles claviger); diese Cyklen ergänzen einander vollständig und werden eingehend geschildert. Andererseits haben B. und B. experimentell Mosquitos vom kranken Menschen aus und umgekehrt inficiren können. Sie haben an einer Malariaendemie in Ostia die Verbreitungsweise der Krankheit studirt. Im Frühling und Frühsommer kamen nur vereinzelne Fälle von alter Malaria zur Beobachtung; die zu der Zeit immer zahlreicher auftretenden Mosquitos zeigten sich nicht inficirt. Mit Anfang Juli beginnen die Mosquitos, sofern sie sich in der Nähe von Menschen aufhalten, unter denen immer einzelne (alte) Malariker vorkommen, in ihrem Leibe Parasiten aufzuweisen; die fern von Wohnungen etc. eingefangenen Mosquitos erwiesen sich dagegen als malariafrei. Zu dieser Zeit beginnen nun die Fälle frischer Malaria aufzutreten, und sich häufend allmählich zur ausgebreiteten Endemie zu entwickeln. Demnach beruht die Ausbreitung der Malaria auf der Infection der neuen Mosquitogenerationen durch alte Fälle, und, wahrscheinlich, der Begünstigung der Entwicklung der Parasiten in den Mücken durch die hohe Sommertemperatur. Andererseits ist die Malaria an bestimmte Mosquitoarten, die nur in gewissen Gegenden vorkommen, gebunden; der Entwickelung der Mosquitos, und somit der Malaria wird durch das Vorhandensein von Sümpfen, langsam fliessenden, mit reichlicher Vegetation versehenen, wenig gereinigten Gewässern Vorschub geleistet.

Die Aestivo-Autumnalfieber, Tertiana und Quartana entsprechen je besonderen Formen von Parasiten; alle Parasiten machen im Anopheles einen Entwickelungscyklus durch; ein Anopheles kann verschiedene Parasiten beherbergen und Mischformen hervorbringen.

Mariani: Toxicität der Faeces.

M. macht Mittheilungen über die Toxicität der Faeces Gesunder und Typhuskranker. Er hat mit wässerigen und alkoholischen Auszügen an Kaninchen operirt und findet, dass sie depressorische Erscheinungen hervorrufen; doch ist ihre Wirkung sehr gering, etwas merklicher bei Typhuskranken.

Landi und Bertini haben ähnliche Versuche mit durchaus negativem Resultat angestellt.

Pane: Diphtherietoxin und Antitoxin; Pneumotoxin.

P. hat, nachdem ihm die Bereitung eines äusserst wirksamen und haltbaren Diphtherie-Testgiftes gelungen, Versuche über die Wirkungsweise der therapeutischen Sera angestellt; er hat gefunden, dass eine Mischung von Gift und Gegengift, die für Meerschweinchen wirkungslos war, Kaninchen hingegen tödtete. Andererseits konnten Thiere bei intravenöser Injection von Gegengift durch Dosen gerettet werden, die bei subcutaner Beibringung in Mischung mit dem Gifte nicht vor dem Tode schützen konnten. Diese Versuche belegen neuerdings, dass es sich bei der Antitoxinwirkung nicht um eine chemische Neutralisation des Giftes, sondern um eine biologische Reaction des Organismus handelt.

Andererseits ist ihm durch Verwendung höchstvirulenter Pneumococcen die Darstellung von Pneumotoxinen gelungen, die er bisher angefochten hatte.

Maragliano ist erfreut zu constatiren, dass durch diese Versuche Pane's sowohl die Ansichten bestätigt werden, die er (Mar.) schon vor vier Jahren, zur Zeit der Herrschaft der Neutralisationstheorie, verfocht, als auch die Existenz von Pneumotoxinen, die er schon seit Jahren vertritt, anerkannt wird.

Bezüglich der Reaction des Organismus auf Antitoxin verfügt M. über eigene Belege betreffs der Tuberculoseantitoxine, durch deren Einführung weitere Neubildung von Schutzkörpern ausgelöst wird.

Arcangeli: Behandlung der tuberculösen Pleuritis.

A. empfiehlt für die Behandlung tuberculöser Pleuritiden mit serofibrinösem Exsudat bei protrahirtem Verlauf die weite Eröffnung der Pleurahöhle, Entleerung und Reinigung unter antiseptischen Cautelen und sofortigen Verschluss; er hat, übereinstimmend mit entsprechenden Erfahrungen bei Peritonitis, sehr günstige Erfolge gesehen. Er glaubt, der Erfolg müsse der so angeregten Resorption der tuberculösen Producte zugeschrieben werden, die eine allgemeine Reaction des Organismus hervorruft. Spontan fehlt dieselbe bei schweren Fällen, bei denen tuberculöse Antikörper im Exsudate, im Gegensatz zu günstigen Fällen, fehlen; er hat dies bei Versuchen an Meerschweinchen mit derartigen Exsudaten bemerkt.

Maragliano hebt die Uebereinstimmung dieser Beobachtung mit seinen Anschauungen über Sero- und Antiserotherapie hervor.

Riva und **Queirolo** meinen, dass in den meisten Fällen die protrahirte Ausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung zur Spontanheilung einen genügenden Reiz darstellen dürfte.

Mircoli: Aetiologie des Gelenkrheumatismus.

M. tritt an der Hand von 17 Fällen für die aetiologische Rolle der pyogenen Bacterien bei Gelenkrheumatismus ein.

Giuffrè: Wärmebildung bei Bacterien.

G. berichtet über Thermogenese bei Bacterien, speciell Pneumococcen; er meint, diese Verhältnisse zur Erklärung der postmortalen Temperaturerhöhungen und der der localen bei Entzündungsprocessen heranziehen zu dürfen.

Pane meint, dass die Toxinwirkungen diesen Verhältnissen besser Rechnung tragen; er führt entsprechende Erfahrungen an zu Immunisirungszwecken mit Toxin behandelten Thieren an.

Tedeschi: Praetuberculöser Milztumor.

T. spricht über die seiner Ansicht nach toxische Schwellung der Milz bei latenter Tuberculose.

Mennelli: Serumdiagnose bei Abdominaltyphus.

M. weist auf die Unsicherheit der Widal-Gruber'schen Reaction als diagnostisches Hilfsmittel hin; dieselbe fehlt häufig bei schweren Typhusfällen, tritt bei anderen erst im vorgerückteren Stadium ein und kann auch bei anderen Krankheiten positive Resultate ergeben.

Gioffredi: Chloralhydrat als Antidot bei Cocainvergiftung.

G. führt auf Grund experimenteller und klinischer Erfahrung die Heilwirkung grosser Dosen Chloralhydrat (3—4 g) bei Cocainvergiftung aus; das umgekehrte Verhältniss (Cocain Gegengift zu Chloral) besteht nicht. Paraldehyd, Sulfonal haben dieselbe Wirkung.

Rummo und Ferranini: Geroderma genito-dystrophicum.

Redner berichten über das neu aufgestellte Symptomenbild des Geroderma genito-dystrophicum (Senilismus). Diese Krankheit gehört in die Gruppe der Entwickelungsanomalien analog dem Riesenwuchs, der Akromegalie, Infantilismus, wohl auch Myxoedem. Auffallend ist vor Allem das frühe Runzlig-, Welkwerden der Haut, das greisenhafte Aussehen, die Falsettstimme, mehr oder weniger ausgeprägte Dystrophie des Genitalapparates und mangelhafte Ausbildung des Geschlechtstriebes. Die Krankheit scheint degenerativen Ursprungs und familiär aufzutreten. Sie scheint durchaus nicht selten vorzukommen.

Coronedi: Bromolein.

C. macht Mittheilungen über Bromolein, ein von ihm dargestelltes Brompräparat von ausgezeichnet sedativer Wirkung, das die gebräuchlichen Brompräparate an Wirksamkeit wesentlich übertrifft; es wird ausgezeichnet vertragen und ist für die subcutane Anwendung geeignet.

Orlandi: Arterieller Druck bei Aneurysma.

O. theilt sphygmomanometrische Studien über die hydrodynamischen Effecte des Aneurysmas mit. Er findet, dass derselbe in einer Druckerniedrigung jenseits der Laesion besteht. Diese Thatsache dürfte bei der Erklärung des Zusammenhanges zwischen Aneurysma und Herzhypertrophie von Bedeutung sein.

Orlandi hat einen Fall von **Chloralvergiftung** mit Anurie und uraemischen Erscheinungen anatomisch untersucht. Er hat ein wesentliches Hervortreten der Circulationsstörungen (Capillarektasie und Thrombose) gegenüber den Laesionen des Parenchyms der Nieren gefunden, und meint, man müsse daher die Bedeutung der Circulationsverhältnisse für die beobachtete Niereninsufficienz der Schädigung der Epithelien gegenüber nicht unterschätzen.

G. Ascoli: Nierenkrankheiten, Diät und Harnzusammensetzung.

A. theilt Beobachtungen an Nephritikern bei verschiedener Diät mit. Bei ungenügender und bei vegetabilischer Kost war die Ausscheidung des Extractivstickstoffs sehr hoch, viel niedriger bei reichlicher Milch-, gemischter und Fleischdiät. Eine wesentliche Beeinflussung der Albuminurie durch die verschiedene Diät war in den untersuchten Fällen nicht vorhanden.

Landi: Fettsäuren im Harn.

L. theilt eine Methode zur Bestimmung der flüchtigen Fettsäuren im Urin mit, die in Destillation des Harns mit Phosphorsäure, Ausziehen des Destillatrückstandes mit Alkohol, und Bestimmung der Fettsäuren mit titrirter Silberlösung besteht.

G. Ascoli: Stickstoffausscheidung nach Blutverlust.

A. hat nach Aderlässen keinen Anstieg der N-Ausscheidung und keine Aenderung des Verhältnisses Gesammt-N, Harnstoff-N beobachtet; er hält die posthaemorrhagische Hyperazoturie für vom Blutverluste als solchem unabhängig.

Siringo: Bestimmung der Salzsäure im Magensaft.

S. theilt eine volumetrische Methode zur Bestimmung der Salzsäure im Magensafte mit; er verwendet hierzu ein Natronderivat des Nitrohydroxylamins. Ascoli.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

Eulactol, ein neues künstliches Nährmittel, ist ein Gemisch aus Eiweiss (33,25 Proc.), Fett (46,3 Proc.), Kohlehydraten (14,3 Proc.) und Salzen (4,3 Proc.). Es ist leicht verdaulich, leicht resorbirbar, reizt Magen und Darm nicht und hat so wenig eigenen Geschmack, dass derselbe sehr leicht zu verdecken ist. Das Eulactol kann und soll das Eiweiss nicht ersetzen, sondern vielmehr eine stärkere Eiweisszufuhr erleichtern, es eignet sich daher als Zusatz zu anderer Nahrung in Fällen, in welchen bei geringerer Nahrungsaufnahme eine gehaltreichere Nahrung geboten werden soll. Swarsenky verwendete das Präparat in der Kinderpraxis; grössere Kinder erhielten dreimal täglich 1 Esslöffel, kleinere, bis zum 3. Lebensjahr, dreimal 1 Theelöffel; am zweckmässigsten wird es in heisser Milch oder Cacao verrührt oder in Suppe, Brei etc. gemischt. Es wurde fast immer auch längere Zeit — 3—4 Monate hindurch — gerne genommen und gut vertragen und wurden zum Theil sehr erhebliche Gewichtszunahmen erzielt, die S. auf den Gebrauch des Eulactol zurückführt.

Auch Ewald hält das Eulactol für ein rationell zusammengesetztes Präparat für die Hebung der Gesammternährung. Er liess im Augusta-Hospital Versuche über die Grösse der Ausnützung des Eulactols im Darm anstellen, durch welche sich ergab, dass 91 bis 94 Proc. der verabfolgten Menge aufgenommen wurden, so dass die Ausnützung als eine ganz vorzügliche bezeichnet werden kann. E. hat in einer ganzen Reihe geeigneter Fälle den Eindruck gewonnen, durch das Präparat einen wirklichen Nutzen zu erzielen. (Swarsensky: Ueber Versuche mit Eulactol in der Kinderpraxis. Berl. klin. W. 1899, No. 46. Ewald: Ueber Eulactol. Ebenda.) R. S.

Die Schmierseifenbehandlung tuberculöser Processe wird von Haussmann-Meran warm empfohlen (Ther. Monatsh. 10, 1899). Er hat nach Kapesser's Vorgang dies Verfahren schon seit dem Jahre 1878 methodisch geübt und besonders bei tuberculösen Drüsentumoren an Hals und Achsel, ferner bei tuberculösen Knochen- und Gelenkerkrankungen mit Erfolg angewandt. Von der käuflichen braunen Schmierseife wird zweimal in der Woche Abends etwa 1 Esslöffel voll in lauem Wasser mittels eines zarten Wollläppchens auf die Hinterseite des Körpers vom Nacken bis zu den Knien eingerieben und nach 10 Minuten mit warmem Wasser abgewaschen. Kr.

Aetzung der Augen durch Calciumcarbid. Zur Behandlung derartiger, in jüngster Zeit öfters vorgekommener Verletzungen (vergl. d. W. S. 1163) bemerkt die Schriftleitung der Pharm. Centralhalle in No. 36:

Da es sich, wenn Calciumcarbid in das Auge gelangt, um eine Aetzwirkung mit Calciumoxydhydrat handelt, so dürften auch Auswaschungen, bezw. Einträufelungen von schwacher Zuckerlösung (Saccharum album 2, Aqua destillata 100) am Platze sein und als Hausmittel für die erste Hilfeleistung empfehlenswerth sein.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 28. November. Wie in Bayern, so beginnen auch in Sachsen die Aerzte Stellung zu nehmen zu der jetzt allenthalben actuell werdenden Frage der Verbesserung der wohnungshygienischen Verhältnisse. Dort war es der verdiente Dr. Max Götz, der die Frage bei den Aerzten zuerst anregte und im Bezirksverein Leipzig-Land Anträge durchsetzte, welche aussprechen, «es müsse durch das neue Baugesetz das Wohnen in Miethscasernen möglichst erschwert, das Erbauen kleinerer Häuser, insbesondere Einfamilienhäuser, möglichst erleichtert werden.» Die Anträge werden demnächst an das sächsische Landesmedicinalcollegium gelangen, wesshalb Dr. Götz im sächsischen Correspondenzblatt nochmals ein ernstes Mahnwort an diese Körperschaft richtet. Die Regierung, schreibt G., arbeite seit einer Reihe von Jahren in dem von ihm vertretenen Sinne auf Besserung des Bauwesens hin und sie bedürfe bei dieser Arbeit der Unterstützung gegen die Meute der Speculanten und Bodenwucherer. Denn nur diese und diese allein hätten Vortheil von einer möglichst weitgehenden Ausnutzung des Grund und Bodens für Bauzwecke, während alle Baubeschränkungen, alles durch solche ermöglichte weiträumige Bauen der Volksgesundheit zu Gute kämen. — Wie Wohnungsdichtigkeit und Gesundheitszustand der Bewohner zusammenhängen, zeigt G. an folgender, einer Denkschrift des Oberbürgermeister Beck in Mannheim entnommenen Tabelle:

	Es entfielen Bewohner auf ein Haus:	Sterbefälle auf 1000 Einwohner:
in London	8	23
„ Berlin	32	25
„ Paris	35	28
„ Petersburg	52	41
„ Wien	55	47

Das zu erstrebende Ziel sei, die Aussenbezirke der grossen Städte möglichst durchgängig und auch für die minderbemittelten Bevölkerungsclassen mit Landhäusern besetzt zu sehen. Der deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege kämpfe seit 20 Jahren für derartige Pläne; leider scheine aber davon bis jetzt nichts nach Dresden gedrungen zu sein, obgleich man gerade dort in Kötzschenbroda und der Lössnitz die besten Beispiele dafür habe, was sich durch wohldurchdachte Baubeschränkungen erreichen lässt. Götz richtet also nochmals an seine Collegen die Bitte, sie möchten im Sinne seiner Anträge ihre Stimmen im ganzen Lande erheben und auch die Plenarversammlung des Landes-Medicinal-Collegiums möchte in ihrer nächsten Sitzung anders als im vorigen Jahre die Interessen der Gesundheitspflege über die Wünsche der Speculanten setzen.

Die obigen Zahlen dürften auch in München Beachtung finden, wo der neugegründete Verein für Wohnungsreform die Errichtung mehrstöckiger grosser Gebäudecomplexe zu beabsichtigen scheint. Als eine Frucht der regen Erörterung der Wohnungsfrage in der bayerischen Kammer und in der Presse erscheint übrigens eine Entschliessung des k. Ministeriums des Innern an den Stadtmagistrat München, in der nahegelegt wird, die Frage der Wohnungsverhältnisse der Minderbemindelten möglichst in's Auge zu fassen und besonders Sorge zu tragen, dass die niederen städtischen Bediensteten und die städtischen Arbeiter gute und gesunde Wohnungen erhalten. Es werde Sache der Gemeinden sein, der Bildung von Baugenossenschaften Vorschub zu leisten und solche zu fördern. Ueber die von den Magistraten unternommenen Schritte ist dem Ministerium bis zum 15. Februar Bericht zu erstatten.

— Professor Robert Koch wird seine Malariaforschungen, die er jetzt in Batavia betreibt, demnächst in Deutsch-Guinea fortsetzen.

— Pest. Oesterreich. In Triest ist am 4. ds. ein Bootsmann eines türkischen Dampfers unter verdächtigen Erscheinungen erkrankt; Prof. Weichselbaum stellte die Diagnose auf Pest. Eine anderweitige verdächtige Erkrankung ist bisher in Triest nicht vorgekommen. An Bord des von Santos kommenden, am 25. October von Jella Grande in Brasilien abgegangenen österreichischen Lloyddampfers «Berenice» sind zu Folge einer am 10. November der Seebehörde zu Triest zugegangenen telegraphischen Mittheilung 3 Personen an der Pest verstorben. Das Schiff befand sich zur Zeit der Aufgabe der Depesche bei den Cap Verdischen Inseln. Seine Rückkehr dürfte am 23. oder 24. November erfolgen. — Portugal. In den Tagen vom 3. bis 9. November sind in Porto 0 (0), 1 (1), 3 (1), 2 (2), 0 (1), 1 (1), 1 (0) Erkrankungen (Todesfälle) an Pest zur Anzeige gelangt. In Lissabon ist am 15. November der Vorsteher des bacteriologischen Instituts, Professor Dr. Pestana, der sich in Porto mit der Erforschung der Pest beschäftigt hatte und von dort am 9. November zurückgekehrt war, an Pest gestorben. — Britisch Ostindien. In der Woche vom 14. bis zum 21. October sind in ganz Indien 5156 Peststerbefälle zur Kenntniss der Behörden gelangt (gegen 5806 in der Vorwoche), in der Stadt Bombay 101 (125), in Karachi 3 (7) und in allen übrigen Theilen der Präsidentschaft Bombay 4427 (5303). Satara und die meisten anderen Orte dieser Präsidentschaft wiesen eine Besserung im Stande der Krankheit auf. In der Provinz Madras kamen einige Fälle in Coimbatore und Salem vor. In Kalkutta hat sich die Zahl der Peststerbefälle von 40 auf 47 gesteigert; aus dem in der Provinz Bengalen gelegenen Saran-Bezirke gelangten 2 Fälle zur Meldung. In der Präsidentschaft Madras, im Staate Mysore und in

den Centralprovinzen ist kein merklicher Wechsel im Stande der Seuche eingetreten; im Staate Hyderabad herrschte sie in der bisherigen Ausdehnung. — Japan. Zufolge einer Mittheilung vom 13. November ist in Kobe die Pest ausgebrochen; 5 Japaner sind erkrankt und davon 2 gestorben. Auf Formosa sind in der Zeit vom 26. Juli bis 31. August 28 Personen an der Seuche erkrankt (darunter 2 Japaner); vom 1. bis 29. September ist dagegen kein Pestfall zur Kenntniss der Behörden gekommen. Die Gesammtzahl der Erkrankungen (Todesfälle) betrug bis Ende August 2509 (1897). (V. d. K. G.-A.)

— In der 45. Jahreswoche, vom 5. bis 11. Nov. 1899, hatten von deutschen Städten über 40000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Königshütte mit 33,9, die geringste Krefeld mit 8,6 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Hagen, Hildesheim, Nürnberg, Plauen, Würzburg, an Diphtherie und Croup in Elberfeld, Königsberg.

— Der Chef des Sanitätswesens der Burenarmee ist Dr. M. Reinhard, der unseren Lesern durch eine Reihe interessanter, in diesem Blatte veröffentlichter Beiträge bekannt ist. Derselbe ist in Weilheim in Oberbayern gebürtig und hat in München Medicin studirt.

— Im Frühjahr 1900 soll in Neapel ein internationaler Tuberculosecongress stattfinden. Derselbe wird unter dem Präsidium des Unterrichtsministers Baccelli stehen. Ein deutsches Comité für den Congress ist in Bildung begriffen.

— Dass ein ebenso edles wie patriotisches, reiner Menschenliebe entsprungenes Werk, wie die deutsche Heilstätte für Lungenkranke in Davos fortgesetzten Anfeindungen ausgesetzt sein könnte, hätte man nicht für möglich halten sollen; am wenigsten hätte man erwarten sollen, dass diese Anfeindungen von einer Stelle ausgehen würden, die sich die Förderung der Heilstättenidee zur Aufgabe gemacht hat. Und doch ist dem so. Die «Heilstätten-Correspondenz», das Organ des deutschen Central-Comité's zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke, führt seit ihrem Bestehen einen erbitterten Kampf gegen die in Davos geplante Anstalt, obwohl die Sammlungen für die letztere bereits längst im Gange waren, als die Correspondenz gegründet wurde. In ihrer letzten Nummer (No. 8) bringt die «H.-C.» abermals einen Artikel, in dem behauptet wird, dass die Errichtung einer Heilstätte für Minderbemittelte in Davos «nicht den Grundsätzen entspreche, welche die ersten Autoritäten der Wissenschaft und Verwaltungspraxis für die Bekämpfung der Tuberculose in Deutschland aufgestellt hätten». Demgegenüber ist zu bemerken, dass eine Reihe hervorragender deutscher Kliniker der Heilstätte in Davos lebhaftes Interesse entgegenbringen und sie thatkräftig gefördert haben.

«Auch der Tuberculose-Congress in Berlin, behauptet die H.-C., habe wiederum einhellig anerkannt, dass jedes Klima die Hilfsmittel für die Genesung biete.» In dieser Form ist der Satz gewiss nicht ausgesprochen worden. Auch in Berlin wurde anerkannt, dass gewisse klimatische Factoren, wie geschützte Lage, reichliche Besonnung, möglichste Nebelfreiheit etc. für eine Heilstätte unerlässlich sind. Es ist bekannt, dass diese Factoren in Davos in hervorragendem Maasse gegeben sind.

«Bekanntlich, fährt die H.-C. fort, gehe die im fremden Klima erlangte Besserung bei der Rückkehr nach Hause meist bald wieder verloren, wogegen die in heimathlicher Umgebung gewonnenen gesundheitlichen Vortheile sich anerkanntermaassen beständiger erwiesen.» Das trifft zu für südliche Curorte, während gerade aus Davos die Curgäste in ungewöhnlichem Maasse abgehärtet zurückkehren. «Es müsse hiernach, schliesst die H.-C., immer wieder betont werden, dass der planmässigen Schwindsuchtsbekämpfung durch Heilstättenfürsorge in Deutschland durch Geldzuwendungen an eine im Ausland gelegene Anstalt nicht gedient werde.» Wir glauben nicht, dass durch die Sammlungen für Davos der Heilstättenfürsorge in Deutschland auch nur ein Pfennig entzogen wurde; denn bekanntlich fliessen wohlthätige Spenden um so reichlicher, je verschiedenartigere Canäle für ihre Sammlung in Anspruch genommen werden. Wohl aber meinen wir, dass die H.-C. nicht auf der Höhe ihrer idealen Aufgabe steht, wenn sie ein die gleichen edlen Ziele wie sie selbst verfolgendes Unternehmen vom gewöhnlichen Concurrenzstandpunkt aus bekämpft. Dass die Anstalt im Auslande gelegen ist (überdies in stammverwandtem Gebiet und keineswegs weit von der Reichsgrenze entfernt) sollte doch nicht in Betracht kommen der Thatsache gegenüber, dass sie ausschliesslich für Deutsche bestimmt ist.

Nach all diesen Erwägungen ist nicht zu befürchten, dass die H.-C. mit ihren Warnungen der deutschen Heilstätte in Davos grossen Schaden thun wird. Uns aber waren ihre Angriffe eine willkommene Gelegenheit, uns nochmals mit dem Davoser Bau zu beschäftigen und unsere Leser zu bitten, in ihrem Interesse für denselben nicht zu erlahmen, damit die Heilstätte, deren Grundstein am 22. vor. Mts. gelegt wurde, bald ihrem segensreichen Zwecke übergeben werden kann.

(Hochschulnachrichten.) **Heidelberg.** Der Orthopäde, Privatdocent Dr. Vulpius wurde zum correspondirenden Mitglied der amerikanischen orthopädischen Gesellschaft ernannt.

Bologna. Der a. o. Professor der chir. Pathologie Dr. A. Poggi wurde zum ordentl. Professor ernannt. — **Brüssel.** Dr. Spehl übernimmt die allgemeine Pathologie: Dr. Demoor wird zum ordentl. Professor der allgemeinen Physiologie ernannt. — **Lemberg.** Der Privatdocent für gerichtliche Medicin Dr. W. Sieradzki wurde zum a. o. Professor ernannt. — **Paris.** Dr. Terrier, Professor der Operations- und Instrumentenlehre wurde zum Professor der chirurgischen Klinik an der medicinischen Facultät ernannt, an Stelle des auf Ansuchen zum Professor der Operations- und Instrumentenlehre ernannten Prof. Dr. Berger. — **Prag.** Privatdocent Dr. M. Pesina wurde zum a. o. Professor der Paediatrie an der czechischen med. Facultät ernannt.

(Todesfälle.) Mit Bedauern verzeichnen wir das Hinscheiden des Professors der pathologischen Anatomie in Leipzig, Geheimen Medicinalrathes Dr. Birch-Hirschfeld. Sein Tod musste um so schmerzlicher überraschen, als B.-H. noch im Laufe dieses Jahres bei 2 hervorragenden Gelegenheiten, dem Tuberculosecongress und der Naturforscherversammlung, in die Oeffentlichkeit trat, beide Male mit sehr bedeutsamen Vorträgen. Wir werden eine eingehende Würdigung des ausgezeichneten Mannes in Bälde bringen.

Am 18. ds. Mts. starb in Fürth Dr. S. Landmann im 83. Lebensjahr. Derselbe ist als der Vater des «Vereins zur Unterstützung hilfsbedürftiger, invalider Aerzte in Bayern» zu betrachten. Er hatte den Gedanken gefasst, einen solchen Verein in's Leben zu rufen, mit Dr. Wollner in Fürth das Project entworfen und beide haben dann diesen Plan dem Nürnberger ärztlichen Verein vorgelegt, der dann die Sache in die Hand nahm und 1865 den genannten Verein gründete. Dr. Landmann war bis in's hohe Alter in der Vorstandschaft thätig und in den letzten Jahren Ehrenvorstand des Vereins. Auch sonst war Dr. Landmann in allen öffentlichen Angelegenheiten vorndran. Im ärztlichen Bezirksverein Fürth genoss er hohe Achtung und war activ an allen Entwicklungsphasen des Vereinslebens betheiligt. Er war Ehrenmitglied des Vereins. In der Stadt Fürth bekleidete er 22 Jahre lang die erste Vorstandsstelle im Collegium der Gemeindebevollmächtigten und wurde bei seinem Abgang in's Privatleben Ehrenbürger von Fürth.

Der englische Kliniker Dr. Reginald Southey, 64 Jahre alt. Er war in Deutschland besonders bekannt durch die von ihm angegebene Methode der Behandlung des Anasarka durch Punction und Drainage mit feinen (Southey'schen) Canülen.

Dr. Camara Pestana, Professor der pathologischen Anatomie an der medicinisch-chirurgischen Schule zu Lissabon und Director des k. bacteriologischen Institutes.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dorotheus Hans Franke, appr. 1898, in München.

Berufen: Hofrath Dr. Georg Martius, Hofstabsarzt und Gefangenanstaltsarzt in München, wurde auf Ansuchen unter Allerhöchster Anerkennung seiner langjährigen und erspriesslichen Dienstleistung vom 1. December l. Js. an von der Function eines Mitgliedes des Kreismedicinalausschusses von Oberbayern enthoben, und zu derselben der praktische Arzt Hofrath Dr. Max Wohlmuth in München ernannt.

Verzogen: Dr. Vogel, appr. 1898, von Bonn nach Würzburg, als Assistent der k. Univ.-Frauenklinik.

Gestorben. Dr. Karl Tutschek, Oberstabsarzt I. Classe in München.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 46. Jahreswoche vom 12. bis 18. November 1899.

Betheil. Aerzte 330. — Brechdurchfall 16 (11*), Diphtherie, Croup 16 (35), Erysipelas 13 (15), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (—), Kindbettfieber — (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 38 (23), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 5 (3), Parotitis epidem. 7 (4), Pneumonia crouposa 23 (22), Pyaemie, Septikaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 27 (22), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 5 (3), Tussis convulsiva 14 (19), Typhus abdominalis 3 (2), Varicellen 16 (17), Variola, Variolois — (—). Summa 185 (17[illegible]).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 46. Jahreswoche vom 12. bis 18. November 1899

Bevölkerungszahl: 445 000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach — (1), Diphtherie und Croup 2 (4), Rothlauf 1 (2), Kindbettfieber 1 (—), Blutvergiftung (Pyaemie) 1 (—), Brechdurchfall 9 (5), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten — (—), Croupöse Lungenentzündung 3 (1), Tuberculose a) der Lungen 23 (23), b) der übrigen Organe 2 (6), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (1), andere übertragbare Krankheiten 2 (3), Unglücksfälle 2 (2), Selbstmord 3 (1), Tod durch fremde Hand 3 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 172 (212), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 20,1 (24,1), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 13,2 (13,7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.